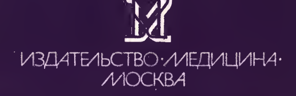


В.Л. Ривкин Л.Л. Капуллер

ГЕМОРРОЙ



ИЗДАТЕЛЬСТВО·МЕДИЦИНА·
МОСКВА

1

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

ВАЖНЕЙШИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

В. Л. РИВКИН, Л. Л. КАПУЛЛЕР

ГЕМОРРОЙ

*Издание второе,
переработанное и дополненное*



МОСКВА, МЕДИЦИНА, 1985

ББК 54.5
Р 49
УДК 616.147.17-007.64

Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. ГЕМОРРОЙ. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1985, 176 с., ил.

В. Л. Ривкин — докт. мед. наук, проф., зав. патентно-информационным отделением НИИ проктологии МЗ РСФСР; **Л. Л. Капуллер** — докт. мед. наук, проф., зав. патоморфологической лабораторией того же института.

Во втором, дополненном и переработанном, издании (первое вышло в свет в 1976 г.) на основании собственных исследований приведены данные в пользу концепции возникновения и развития геморроя из патологически измененных групп кавернозных вен прямой кишки, закладывающихся в процессе нормального эмбриогенеза. Приведены новые сведения о распространенности геморроя, особенностях его течения при беременности, более детально описаны оперативные способы, в том числе разработанные авторами модификации, и методы консервативного лечения разных форм и стадий геморроя. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения геморроя и показано, что применение современных консервативных мероприятий (склерозирующая терапия, свечи с протеолитическими ферментами) и патогенетически оправданных операций приводят к стойкому выздоровлению больных.

Книга рассчитана на хирургов и проктологов.

В книге 31 рис., 20 табл., список литературы — 60 названий.

Рецензент: В. И. ЮХТИН — профессор, зав. кафедрой общей хирургии II МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова.

ВЛАДИМИР ЛЬВОВИЧ РИВКИН
ЛЕОНАРД ЛЕОНИДОВИЧ КАПУЛЛЕР

ГЕМОРРОЙ

Зав. редакцией **А. В. Елисеева**. Редактор **И. А. Павлова**
Художественный редактор **Л. В. Ушакова**
Технический редактор **Н. И. Тростянская**. Корректор **Н. С. Филиппова**

ИБ № 3637

Сдано в набор 17.05.84. Подписано к печати 20.07.84. Т-02616. Формат бумаги 84×108 1/32. Бумага **кн.-журн.** Гарнитура лит. Печать высокая. Усл. печ. л. 9.24. Усл. кр.-отт. 9,45. Уч.-изд. л. 9,73. Тираж 110 000 экз. (2-й завод 60001—110000). Заказ № 448. Цена 50 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, 103062, Петроверигский пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.

Р $\frac{4113000000-352}{039(01)-85}$ 128—85

ПРЕДИСЛОВИЕ

Геморрою — самому распространенному заболеванию человека — посвящено огромное число книг и статей. Вопрос о его патогенезе считался почти окончательно решенным: варикозное расширение вен прямой кишки довольно успешно лечили консервативными мерами, а при выпадении узлов производили их перевязку. Однако многие специалисты и практические врачи по-прежнему не были удовлетворены, ибо частое рецидивирование геморроя после самых, казалось бы, радикальных операций, паллиативность консервативной терапии, большое число послеоперационных осложнений заставляли искать новые методы лечения этого заболевания.

Кроме того, клинический феномен артериальных кровотечений из вен прямой кишки у большинства больных геморроем требовал объяснения. В последние годы установлено наличие в подслизистом слое прямой кишки кавернозных структур, что позволило объяснить возникновение артериальных геморрагий при геморрое. Внедрение в практику свечей с гепарином и протеолитическими ферментами, инъекционного лечения геморроя, разработка и применение патогенетически обоснованных радикальных операций иссечения трех основных внутренних геморроидальных узлов — все это обусловило возможность обобщения новых данных в книге, которая основана на опыте лечения более 3000 больных геморроем в клинике Научно-исследовательского института проктологии Министерства здравоохранения РСФСР. Первое издание книги «Геморрой», вышедшее в 1976 г., быстро разошлось и, судя по отзывам читателей, оказало определенное влияние на хирургов, которые стали шире применять современные методики лечения этого заболевания.

В нашей клинике продолжается работа по совершенствованию методов лечения геморроя. Внедрена в клиническую практику еще одна модификация радикальной геморроидэктомии, при которой три раны стенок заднепроходного канала ушивают не частично, а наглухо. При гладком течении послеоперационного периода это ускоряет процесс заживления ран и соответственно сокращает период нетрудоспособности больных.

Второе издание книги, выходящее в серии «Библиотека практического врача», существенно переработано в соответствии с последними данными, а также дополнено разделами, посвященными распространенности геморроя среди населения, особенностям его клиники и течения у беременных и родильниц.

Авторы надеются, что и второе издание книги будет встречено врачами страны благожелательно.

Глава 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека. Вертикальное положение тела, особенности диеты, сидячий труд и адинамия — основные факторы, влияющие на широкое распространение данного заболевания.

Патогенез, клиника и лечение геморроя обсуждались и продолжают обсуждаться в огромном количестве специальных публикаций. Наиболее полно и подробно, в историческом аспекте, учение о геморрое описал А. М. Аминев во втором томе «Руководства по проктологии» (Куйбышев, 1971), где собраны и критически оценены все прежние теории возникновения геморроя — механическая (повышение венозного давления в сосудах прямой кишки), теория экзо- и эндогенных интоксикаций, опухолевая, инфекционная, нейрогенная теории. Приведены данные о возможном влиянии на возникновение геморроя пола, возраста больных, их национальности и т. д.

Изучение сосудистых структур внутреннего геморроидального сплетения, проведенное в последние 10—15 лет [Дацун И. Г., 1969; Борисов М. Ф., 1970; Stelzner F., Staubesand J., 1960—1962; Del Zotto E., 1957; Sullard J. et al. 1961], и наши собственные исследования позволяют и заставляют по-новому трактовать патогенез болезни и ее основной симптом — кровотечение из заднего прохода.

А. Н. Рыжих еще в 1956 г. писал, что наряду с общеизвестным фактом небольших длительных венозных кровотечений, почти не отражающихся отрицательно на состоянии больных, при геморрое часто возникают обильные, иногда профузные геморрагии, быстро вызывающие анемию и требующие безотлагательной операции. Такие кровотечения имеют артериальный характер, и в подобных случаях, — отмечал А. Н. Рыжих, — имеется, видимо, расширение не только вен, но и артерий, снабжающих кровью геморроидальные узлы. Он полагал, что внутренние узлы могут иметь строение концевой артериальной аневризмы. Это важная мысль. E. Dal Zotto (1957) так-

же отмечал, что причиной обильных кровотечений при геморрое может быть патология не только венозной, но и артериальной системы.

Классические исследования А. В. Старкова (1912) показали наличие 4 венозных сплетений прямой кишки. Это внутреннее прямокишечное (подслизистое), наружное прямокишечное (подфасциальное) и два сплетения, залегающие вокруг анального жома. Внутреннее сплетение сформировано из мелких венозных веточек, исходящих из «озерков» (клубочки, гломусы по современной терминологии), залегающих по всей окружности подслизистого слоя анального канала, примерно на уровне середины морганиевых колонок. Соединяющие эти клубочки венозные веточки прободают внутренний сфинктер заднего прохода и впадают в бассейн нижних геморроидальных вен, т. е. системы верхней, средних и нижних геморроидальных вен связаны между собой. А. В. Старков писал, что у индивидуумов с сильно выраженными «озерками» может развиться геморрой. Функция же «озерков» в норме автору была неясна; он считал (и не без основания), что они играют роль в более полном смыкании просвета прямой кишки. Лишь в 1961 г. J. Sullard с соавт. подтвердили данные А. В. Старкова, не упоминая, к сожалению, его имени. Они гистологически продемонстрировали «сегменты задержания» крови в области клубочков. Было показано, что здесь имеется сеть сосудов, образованная не чисто венозными, а артериовенозными образованиями. Поэтому и возможны артериальные геморрагии, не связанные ни с каким «варикозным расширением вен прямой кишики», как обычно описывают геморрой. С другой стороны, известно явление депонирования крови в венах прямой кишки, возникающее рефлекторно при раздражении нервных окончаний стенок вен [Давыдовский И. В., 1961] в связи с различными патологическими моментами, в частности, возможно, и в связи с так называемой двухмоментной дефекацией (А. М. Аминев), когда вторая перистальтическая волна, возникающая через 15 мин и больше после первой, обусловливает раскрытие анального жома при пустой ампуле прямой кишки. А. Г. Хитова (1956) показала, что почти у 90% больных геморроем имеется именно такая двухмоментная дефекация. Кроме того, при дефекации давление внутри прямой кишки резко колеблется — от 0 до 130—180 мм рт. ст., что у страдающих геморроем может вызвать кровотечение [Качимов, Я. А., 1964].

И все же анатомический субстрат геморроидального узла оставался неизученным. В. Шклярский еще в 1838 г. (!) писал, что «... геморроидальные опухоли получают свое начало от прилива артериальной крови в мельчайшие волосоподобные сосуды», а И. Карпинский (1870) определял геморроидальные узлы как «сосудистые кровяные опухоли прямой кишки в виде артериальных расширений, или венных, или же в виде эректильной ткани». Эти отечественные ученые, основываясь на применяющихся и сейчас методах исследования (инъекции красящих веществ, определение давления в венах и артериях), сделали важные выводы о возможности артериальных кровотечений при геморрое, а также (впервые!) о роли патологических изменений кавернозной (эректильной) ткани в патогенезе этой болезни.

Г. И. Невзгляд (1962) показал, что параллельно с варикозом геморроидальных вен в их стенках увеличивается количество vasa vasorum и стенки вен постепенно замещаются соединительной тканью. Так образуются конгломераты расширенных и патологически измененных сосудов, формирующих геморроидальные узлы. В начале 60-х годов F. Stelzner с соавт. описали сосудистые тельца (corpus cavernosum recti — «эректильная ткань», по И. Карпинскому) в подслизистом слое каудальной части прямой кишки. При дефекации эти образования травмируются и возникают кровотечения, могущие иметь артериальный характер. Достоверно показана связь кавернозных телец прямой кишки с системой верхней прямокишечной артерии. Вдоль ветвей этой артерии, идущих по линиям, проецирующимся на 3, 7 и 11 часах по циферблату (в положении тела на спине), формируются наиболее выраженные группы этих телец — субстрат будущих внутренних геморроидальных узлов. Именно в этих участках заднепроходного (анального) канала, т. е. на его левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках чаще всего и обнаруживают у больных геморроем внутренние узлы. Вены располагаются между этими тремя главными артериальными стволами и соединяются друг с другом. Артерии этих трех сосудистых образований (групп кавернозных тел) обычно короткие; они, не распадаясь на капилляры, входят в эти «гломерулы»; поэтому в геморроидальных узлах кровь может не участвовать в обмене и оставаться артериальной. Отсюда и возможность артериальных кровотечений из «геморроидальных вен».

Имеются и противоположные утверждения. Д. Г. Мамамтавришвили (1964), признавая расположение основных внутренних узлов на 3, 7 и 11 часах по циферблату, считает, что это обусловлено разветвлением не артерий, а вен (верхняя прямокишечная вена).

Таким образом, наметились две точки зрения. Наши исследования, приводимые ниже, подтверждают теорию происхождения геморроя за счет патологических изменений кавернозных телец прямой кишки.

В последнее время в нашей стране детальная разработка классификации форм и стадий геморроя, так же как и методов его консервативного и оперативного лечения, ведется главным образом двумя отечественными школами проктологов — московской и куйбышевской. Наряду с обычными консервативными методами терапии геморроя в Куйбышеве в последнее время усиленно пропагандируют инъекционное лечение различными склерозирующими растворами. А. М. Аминев и Ю. В. Тимохин считают, что при начальных и «средних» стадиях геморроя склеротерапия может и должна заменить операцию. Их данные — хорошие и удовлетворительные исходы более чем у 70% больных и стойкий отдаленный эффект лечения почти у 90% обследованных — заслуживают внимания. Правда, в неопытных руках инъекции спирта в околопрямокишечную клетчатку могут дать серьезные осложнения, вплоть до некроза, но дело даже не в этом. Мы убеждены, что никакой один способ лечения геморроя не может быть панацеей.

Стадия геморроя еще не единственное показание к той или иной врачебной манипуляции. Необходим, как и при любом другом заболевании, индивидуальный подход. К примеру, почти у половины всех больных геморроем только регулирование стула и соблюдение диеты (ограничение соленых, кислых, острых блюд и спиртных напитков) приводят к выраженному улучшению.

Те же соображения должны быть приведены и по отношению к другому методу лечения геморроя — амбулаторному лигированию узлов латексной шайбой.

E. S. Barron (1964), основываясь на предложениях A. Bleisdell и C. Gravly, сконструировал специальный лигатор, с помощью которого на выпавший узел, на его ножку, накидывают плотную резиновую шайбу. Манипуляция не требует анестезии, ибо ножка узла при осторожном потягивании его книзу оказывается выше кожно-слизистой чувствительной зоны. Лигирование выпол-

няют в основном амбулаторно. Через 3—4 дня передавленная упругим резиновым кольцом ножка узла некротизируется и узел отпадает, а еще через 2—3 дня отторгается и сама шайба. Остается маленький, быстро заживающий участок некроза. К настоящему времени за рубежом опубликовано много тысяч наблюдений такого лигирования. Только W. Rudd (1981) приводит благоприятные результаты описанной манипуляции у 5000 больных. Все лигирования были проведены амбулаторно, без освобождения больных от работы. Имеется и советский аналог подобного лигатора, испытанный на животных [Калинина Т. В., Рычков В. Л., 1974] и примененный у больных с противопоказаниями к радикальной операции [Резник Б. Н., 1979].

При соответствующем отборе больных эта манипуляция, так же как склеротерапия, может и должна применяться.

Из предложений последних лет необходимо отметить криогеморроидэктомию, опыт применения которой превысил несколько тысяч наблюдений [Slack W., 1975; Oh Ch., 1981, и др.], а также инфракрасное облучение геморроидальных узлов, весьма эффективное для немедленной остановки кровотечений [Leicester R., 1981, и др.].

Все эти мероприятия, повторяем, не могут и не призваны, как бы ни старались авторы предложений, заменить радикальную операцию при геморрое. Каждый метод имеет свои за и против, каждый хорош при соответствующих показаниях. Да и сама операция — геморроидэктомия — претерпела в последнее время столь серьезные изменения, что не может приравниваться к ранее применявшейся и имеющей еще и сейчас хождение среди части хирургов простой перевязке узлов. Оперативное лечение геморроя мы описываем в специальной главе.

Новая теория патогенеза геморроя, объясняющая наличие в подавляющем большинстве случаев только трех внутренних узлов, способствовала появлению, разработке и внедрению в практику хирургов оперативного пособия, основанного на иссечении только этих трех узлов. Наружные части этих трех узлов, часто выстоящие из заднего прохода, выглядят как отдельные узлы, и это приводит к неверной тактике их лигирования одного за другим. Приходится наблюдать больных, оперированных по поводу геморроя, у которых удалено 8, 10 и более узлов. Такая техника часто очень опасна в связи с возможным сужением заднепроходного канала из-за пре-

небрежения (а иногда и невозможностью при этой методике) сохранения кожно-слизистых участков между удаляемыми узлами.

Современные же методики радикальной геморроидэктомии свободны от опасности возникновения стриктуры заднего прохода, ибо при этом перевязывают не весь большой разветвленный узел, а его узкую ножку, расположенную выше зубчатой линии анального канала. При такой технике между удаляемыми узлами остаются широкие ленты («мостики») слизистой оболочки, от которых начинается эпителизация анальных и перианальных ран.

Таким образом, геморрой, история которого насчитывает тысячелетия, в последние десятилетия получает новую трактовку, а новые данные о патогенезе геморроя вызвали к жизни новые, прогрессивные методы его лечения.

Глава 2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОРРОЯ

Материалы многих исследователей, изучавших заболеваемость болезнями прямой кишки у населения, содержат сведения о частоте геморроя. Однако эти показатели разных авторов значительно отличаются друг от друга. Например, при проведении медицинского осмотра сельского населения Л. М. Лукьянов и И. И. Московская (1974) на каждую тысячу осмотренных зарегистрировали 279 случаев заболевания геморроем, а Н. Е. Ермилова (1981) отметила всего 22,16 случая на 1000 городского населения. Приведенные показатели отличаются в 13 раз, что связано с различным подходом авторов: в первой работе регистрировали все случаи этого заболевания, включая и такие, когда при аноскопии обнаруживались скопления кавернозных телец в типичных местах, а клинических проявлений геморроя еще не было. Н. Е. Ермилова же основывалась на результатах комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со всесоюзной переписью населения 1970 г., при котором в проведении медицинских осмотров населения пальцевое и инструментальные исследования прямой кишки не были предусмотрены и диагностические критерии геморроя не были определены. В связи с этим, видимо,

регистрировались не все случаи геморроя. Кроме того, методика получения показателей также была различной: в работе Л. М. Лукьянова и И. И. Московской показатель рассчитывался на число осмотренных лиц старше 17 лет, а во второй работе — на все население, включая детей, у которых геморрой встречается очень редко. При геморрое четкое определение диагностических критериев особенно важно, т. к., по-видимому, появление самих геморроидальных узлов в пожилом и старческом возрасте не всегда является проявлением патологии и часто носит характер возрастных изменений. P. Haas с соавт. (1983) и некоторые другие считают, что раньше или позже геморроидальные узлы появляются у всех, ибо с возрастом слизистая оболочка заднепроходного канала «ослабевает» и кавернозные структуры проявляются клинически, но при этом выраженность симптомов геморроя имеет различную степень. Указанные авторы обследовали 835 человек. Из 594 имевших типичные для геморроя жалобы, геморрой был действительно диагностирован у 88%, а из 241 обследованного бессимптомной группах геморрой (по существу геморроидальные узлы) был найден у 82%. Таким образом, геморрой мог быть зарегистрирован почти одинаково часто в обеих группа и величина полученного авторами показателя распространенности геморроя будет существенно меняться в зависимости от того, что считать геморроем как нозологической формой заболевания.

Изучение распространенности болезней, и в том числе геморроя, требует соблюдения ряда условий. Данные о случаях обращения больных за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения и сведения о госпитализированных больных еще не позволяют в полной мере судить об истинной заболеваемости населения геморроем или, как принято еще говорить, о его распространенности у населения. Как известно, многие больные по различным причинам в изучаемый период времени не обращаются за медицинской помощью. В связи с этим указанные выше сведения необходимо дополнять данными целевого медицинского осмотра хотя бы выборочной совокупности, сформированной из того же населения. При этом выборочная совокупность должна быть репрезентативной (подобной) генеральной совокупности по возрасту и полу.

Диагноз геморроя мы ставили только в том случае, когда, кроме обнаружения кавернозных телец (геморро-

Таблица 1

Распространенность геморроя (*на 1000 городского населения соответствующего пола и возраста*)

Пол	Возрастные группы, годы							Всего	Показатели, стандартизированные на население Москвы
	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70 лет и старше		
Мужчины	36,7	97,6	120,0	150,0	194,6	234,2	188,7	148,4	135,4±8,9
Женщины	30,6	106,3	116,5	152,6	189,5	202,0	171,9	154,9	143,2±8,3
Оба пола	33,8	102,5	118,1	151,3	191,5	210,5	176,8	152,4	139,6±6,4

Таблица 2

Обращаемость городского населения в лечебно-профилактические учреждения по поводу геморроя (*на 1000 населения соответствующего пола и возраста*)

Пол	Возрастные группы, годы							Всего
	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	79 лет и старше	
Мужчины	1,3	1,9	12,0	12,5	15,4	8,4	6,9	9,2
Женщины	0,5	5,4	6,5	10,8	7,6	4,4	2,3	5,7
Оба пола	0,8	5,1	9,1	11,6	10,4	5,6	3,4	7,1

идальных узлов), выявлялись какие-либо клинические признаки, характеризующие данное заболевание.

Изучение распространенности проктологических заболеваний у населения Москвы показало, что геморрой в структуре болезней прямой и ободочной кишки у всего взрослого населения, а также у мужчин и женщин отдельно занимает первое ранговое место. На его долю приходится 38,2% всех проктологических заболеваний (у мужчин — 37,9%, у женщин — 38,3%). На каждую тысячу населения обоего пола регистрируется 139,6±6,4 случая геморроя, среди мужчин и женщин примерно с одинаковой частотой — соответственно 135,4±8,9‰ и 143,4±8,3‰ (различия в показателях статистически недостоверны) (табл. 1). Геморрой регистрируется у лиц всех возрастов, начиная от подростков 15—19 лет до стариков 70 лет и старше. С возрастом частота заболевания увеличивается от 33,8±22,6‰ у подростков 15—19 лет до максимума 210,5±19,9‰ у людей в возрасте 60—69 лет. В более старших возрастных группах частота геморроя имеет выраженную тенденцию к снижению, и у стариков 70 лет и старше она составляет всего 176,8±16,4‰. Объяснение причин такого снижения, по-видимому, следует искать в том, что возникновение геморроя значительно реже встречается у стариков. Высокий уровень заболеваемости у них поддерживается за счет ранее возникших хронически протекающих случаев.

В 82,1% случаев геморрой является основным заболеванием и в 17,9% сопутствует другим проктологическим заболеваниям, которые могут привести к более серьезным, чем геморрой, последствиям (например, к злокачественным новообразованиям).

Сопоставляя результаты, полученные в Москве, с данными исследований того же периода времени, проведенных В. Г. Николаевым и А. С. Пацем в Красноярске, следует отметить, что показатели распространенности геморроя у выборочных совокупностей населения этих двух городов весьма близки (соответственно — 152,4±±6,6‰ и 161,8±6,6‰). Кроме того, при сопоставлении показателей, характеризующих первичную заболеваемость геморроем по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения этих двух городов, т. е. вновь возникшие случаи заболевания геморроем, также получены поразительно близкие результаты: в Москве — 3,13 на 1000 взрослого населения и в Красноярске — 3,16.

Представляют интерес данные, полученные Г. А. Султановым, о распространенности геморроя у сельских жителей Азербайджанской ССР. В стандартизованных показателях она составляет всего 115,3±3,0‰, т. е. значительно ниже, чем в Москве и Красноярске. Казалось бы, сравнительно большее употребление острой пищи, вызывающей гиперемию и раздражение слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, должно способствовать возникновению геморроя. Но более обильное употребление в пищу жителями этого региона растительной клетчатки способствует нормализации стула и опосредованно снижает частоту геморроя. Кроме того, Г. А. Султановым отмечен еще один важный фактор — обследованное им население традиционно после дефекации обмывает прохладной водой область заднего прохода (ануса) и промежности. Благотворное влияние прохладных примочек в начальных стадиях геморроя отмечено еще в древности.

Следует отметить, что среди всех обратившихся с проктологическими заболеваниями в городские поликлиники лица с геморроем составляют более 40%. Из каждой тысячи взрослых жителей городов в течение только одного года с геморроем как основным заболеванием обращается от 7,1 (по данным Москвы) до 7,9 (по данным Красноярска) больных. При этом мужчины обращаются примерно в $1^1/_2$ раза чаще (табл. 2).

Повозрастная динамика обращаемости населения по поводу геморроя существенных особенностей не имеет и в общих чертах отражает динамику обращаемости населения в амбулаторно-поликлиническую сеть по поводу других хронических заболеваний, не только проктологических.

Экспертная оценка нуждаемости городских жителей в различных видах медицинской помощи по поводу геморроя, проведенная во время медицинского осмотра населения, показала, что из каждой тысячи взрослого населения Москвы и Красноярска в лечении геморроя нуждается соответственно 62,5—62,6 человека, в том числе в амбулаторно-поликлиническом соответственно 50,7 и 50,5 и в стационарном — 11,8 и 12,1. Таким образом, нуждаемость населения обоих городов, расположенных в разных климатических зонах, в медицинской помощи по поводу геморроя также идентична.

Вместе с тем фактическая обращаемость населения в лечебно-профилактические учреждения по поводу это-

го заболевания в обоих городах почти в 8 раз меньше нуждаемости населения в различных видах медицинской помощи (в Москве она составляет 7,1±0,2 на 1000 взрослого населения, а в Красноярске несколько выше — 7,9±±0,1).

Анализ так называемой накопленной за несколько лет обращаемости населения в территориальные поликлиники обоих городов показал, что многие больные (около 60%), не обратившиеся в данном году, в предшествующие годы все же обращались к врачам и продолжают выполнять ранее полученные назначения, используя старые рецепты. Значительная распространенность этого заболевания, нерезко выраженная и широко известная населению симптоматика его начальных форм, четко коррелирующаяся с нарушениями диеты, не способствует раннему обращению больных к врачу.

Это положение приводит зачастую к поздней диагностике опухолей прямой кишки, имеющих в начальных стадиях своего развития весьма схожую с геморроем клинику.

В изучении распространенности какого-либо заболевания необходимо учесть и заболеваемость госпитализированных больных, представляющую собой учет лиц, лечившихся в стационарах в течение года.

Удельный вес больных с геморроем среди всех госпитализированных в 1978 г. в Москве проктологических больных составил 18,8%, а уровень госпитализации — 0,42±0,03 случая на 1000 взрослого населения города. Среди госпитализированных по поводу геморроя мужчин было 1980 (71,5%), женщин — 790 (28,5%). Уровень госпитализации мужчин в 3 раза выше, чем женщин (соответственно 0,68±0,05‰ и 0,22±0,03‰). Как среди мужчин, так и среди женщин встречались лица всех возрастов — от 15 до 70 лет и старше (табл. 3). Как следует из данных этой таблицы, госпитализация юношей и девушек в возрасте 15—19 лет и молодых мужчин и женщин до 30 лет осуществляется лишь в единичных случаях. Частота госпитализации мужчин и женщин старше 30 лет возрастает в 5—6 раз и держится на высоком уровне до 60 лет с максимумом в 40—49 лет. У лиц старше 60 лет она снижается, у стариков после 70 лет вновь отмечаются лишь единичные случаи госпитализации. Воспаление и острый тромбоз геморроидальных узлов послужили поводом для госпитализации 32,1±2,8%, а массивное геморроидальное кровотечение — 22,4±2,5%

больных. Остальные 45,5±±3,0% больных были госпитализированы в связи с частыми обострениями геморроя или выпадением геморроидальных узлов (табл. 4).

По экстренным показаниям было госпитализировано 40,8±2,9% больных геморроем, в том числе машиной скорой медицинской помощи в стационар доставлено 21,7±2,5% больных. Хотя экспертиза, проведенная врачами стационаров, показала, что 1,4% больных в экстренной госпитализации не нуждались, все же около 40% больных геморроем нуждаются в оказании ургентной помощи.

Из числа всех госпитализированных было оперировано лишь 57,0±2,9%, а остальным (43,0±3,0%) проведено консервативное лечение. В среднем больные находились в стационаре 14,5±0,5 койко-дня (оперированные больные — 17,6±±1,9, неоперированые — 10,3±2,2 койко-дня).

Из 2770 анализируемых больных 1050 (37,9±2,9%) были госпитализированы в специализированные проктологические отделения, почти столько же — 1080 (39,0±2,5%) в отделения гнойной хирургии, 600 (21,7±2,5%) человек в общехирургические отделения и 40 (1,4±0,7%) больных попали в отделения гастроэнтерологии (табл. 5).

Таблица 3

Уровень госпитализации по поводу геморроя больных различного пола и возраста

(на 1000 населения соответствующего пола и возраста)

Пол	Возрастные группы, годы							Всего
	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70 лет и свыше	
Мужчины	0,12±0,06	0,12±0,04	0,78±0,01	1,39±0,16	1,25±0,19	0,53±0,14	0,33±0,15	0,68±0,05
Женщины	0,03±0,03	0,06±0,03	0,31±0,07	0,36±0,08	0,36±0,08	0,16±0,06	0,10±0,05	0,22±0,02
Оба пола	0,07±0,03	0,09±0,02	0,55±0,06	0,84±0,08	0,70±0,08	0,28±0,06	0,17±0,06	0,42±0,03

Таблица 4

Частота госпитализации и удельный вес больных различными клиническими формами геморроя

Клинические формы геморроя	Число больных		Частота госпитализации на 1000 взрослого населения
	абсолютное число	%	
Геморрой с частыми обострениями или выпадением узлов	1260	45,5	0,19±0,02
Массивное геморроидальное кровотечение	620	22,4	0,09±0,01
Воспаление и острый тромбоз геморроидальных узлов	890	32,1	0,14±0,01
Всего ...	2770	100,0	0,42±0,03

Таблица 5

Частота госпитализации больных с геморроем в отделения различной специализации

Специализация отделений	Число больных		Частота госпитализации на 1000 взрослого населения
	абсолютное число	%	
Проктологическое отделение	1050	37,9	0,16±0,02
Отделение гнойной хирургии	1080	39,0	0,16±0,02
Отделение общей хирургии	600	21,7	0,09±0,01
Отделение гастроэнтерологии	40	1,4	0,01±0,004
Всего ...	2770	100,0	0,42±0,03

У 210 (7,6±1,6%) человек, направленных в стационары с ошибочным диагнозом «геморрой», фактически имелись другие заболевания прямой и ободочной кишки (злокачественные и доброкачественные новообразования, острый и хронический парапроктит, анальные трещины и др.). Обращает на себя внимание, что у 2,3±±0,3% от числа всех направленных в стационар с диагнозом «геморрой» при обследовании выявлен рак прямой или ободочной кишки, а у 1,3±0,2% — доброкачественные опухоли той же локализации.

Из числа лиц, госпитализированных по поводу геморроя в отделения гнойной хирургии, оперативному вмешательству подверглось 35,0±3,3% т. е. в 2 раза меньше, чем в специализированных проктологических отделениях. Средние сроки пребывания в стационаре этой группы больных составили 14,0±2,1 койко-дня, в том числе у оперированных больных — 19,7±2,2, что существенно выше, чем в проктологических отделениях.

Оперативная активность при лечении больных с геморроем в отделениях общей хирургии была также значительно ниже, чем в проктологических.

Таким образом, исследования распространенности геморроя у населения, проведенные в последние годы в двух крупных городах и в сельской местности, полностью подтверждают, что это заболевание по своей частоте занимает главное место среди болезней прямой кишки и встречается наиболее часто в практической работе как специалистов по проктологии, так и в практике хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов.

Значительная распространенность геморроя связана в основном с накоплением хронических случаев заболевания из-за недостаточного полноценного лечения его в остром периоде болезни.

Обращаемость больных геморроем за медицинской помощью пока не соответствует фактической нуждаемости населения в оказании такой помощи. Данное несоответствие отражает не только и не столько недостатки в оказании специализированной проктологической помощи больным, сколько еще недостатки в пропаганде санитарной культуры населения, которое в ряде случаев или вовсе не обращается за помощью при геморрое, или обращается за ней несвоевременно, предпочитая самолечение.

Все перечисленное делает еще более актуальной задачу санитарного просвещения населения, ставит перед врачами и средними медицинскими работниками вопрос о необходимости планомерного выявления больных геморроем в процессе всеобщей диспансеризации. Поражение больших контингентов людей наиболее трудоспособного возраста, длительное пребывание на больничном листе в случае неквалифицированного лечения или недопустимого самолечения делает геморрой проблемой, решить которую во многом можно путем выявления ранних форм болезни при массовых специализированных обследованиях. Разработка и внедрение в практику здра-

воохранения рекомендаций по сохранению здорового образа жизни (борьба с адинамией, перееданием, занятия физкультурой и спортом) также будет способствовать уменьшению частоты новых случаев геморроя.

Глава 3

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СОСУДОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

РАЗВИТИЕ СОСУДИСТОЙ СЕТИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ В ЭМБРИОНАЛЬНОМ И ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

В конце 2-й недели развития зародыша в области задней, слепо заканчивающейся кишки появляется расширение, в которое открываются протоки аллантоиса и мезонефроса. Этот расширенный участок — клоака — после 3-й недели эмбрионального периода начинает опускаться каудально и одновременно у основания хвоста зародыша снаружи появляется небольшое углубление (proctodeum), отделенное от клоаки тонкой мембраной. На боковых стенках клоаки развиваются уроректальные складки, которые постепенно соединяются между собой, сначала в краниальном направлении, а затем на всем протяжении. В результате клоака разделяется на дорсальную (из нее формируется прямая кишка) и вентральную (мочеполовой синус) части. После этого клоакальная мембрана разрывается, в связи с чем прямая кишка и мочеполовой синус открываются наружу изолированно (6—8-я недели развития эмбриона).

Еще до разрыва мембраны немного выше (краниальнее) проктодеума образуется половой бугорок, впоследствии формирующий клитор или половой член. На нижней части полового бугорка появляются парные уретральные (половые) складки, ограничивающие у зародыша мужского пола узкую щель—уретральный желобок. Наружное отверстие мочеиспускательного канала, ранее располагавшееся рядом с заднепроходным отверстием, постепенно переносится у такого эмбриона на конец полового члена. У зародышей женского пола из половых складок образуются малые половые губы, в которых располагаются структуры, аналогичные мужскому парауретральному кавернозному телу.



Рис. 1. Поперечный срез через каудальный конец эмбриона 6—7 нед. Неполное разделение уретры и прямой кишки. ×28.

На гистологических препаратах 17 эмбрионов (от 6 до 16 нед) нам удалось проследить связь между сосудами зачатка прямой кишки и мочеиспускательного канала. Вокруг полости еще незамкнутого зачатка прямой кишки располагается в виде дуги довольно толстый, малодифференцированный слой, в котором можно различить мышечные волокна и сосуды синусоидального типа. Впереди (вентрально) полость будущей прямой кишки, не замыкаясь, переходит в другую щелевидную полость — будущее отверстие мочеиспускательного канала. Снаружи от эпителиальной пластинки уретры также имеется малодифференцированный слой ткани, почти аналогичный описанному выше (рис. 1).

Надо полагать, что на этих препаратах нам удалось видеть начальные этапы формирования парауретральной кавернозной (пещеристой) ткани. Как известно, у эмбрионов длиной 5—12 мм образование обычных внутриорганных вен происходит путем слияния отдельных венозных петель друг с другом. Однако к концу 8-й недели локальное возникновение вен непосредственно из мезенхимы обычно прекращается и дальнейшее образование внутриорганных вен идет уже путем деления эндотелия [Яровая И. М., 1970]. На наших же препаратах

у эмбрионов старше 2 мес сосудистые структуры парауретральной области образуются не по длиннику, а в виде конгломератов синусоидальных вен, что дает нам основание относить данные образования к кавернозной ткани.

Следует подчеркнуть, что обнаруженные конгломераты синусоидальных вен располагаются у 9-недельных эмбрионов не только вокруг дистального отдела уретры, но и в окружающей ткани, т. е. в переходной зоне прямой кишки. Однако ни у одного эмбриона, даже в возрасте 16 нед не удалось найти сосудистых структур, построенных по типу зрелой кавернозной ткани. Это объясняется тем, что развитие сосудистой сети продолжается и после рождения. Изучение дистального отдела прямой кишки новорожденных путем заполнения сосудов тушью или разноцветной гуашью с желатиной показало, что в этом отделе количество артерий колеблется от 3 до 7 и ближе к зубчатой линии эти артериальные стволики распадаются на многочисленные мелкие веточки. Артерии здесь, так же как и у эмбрионов, сопровождаются почти на всем протяжении венами. В зоне заднепроходных (морганиевых) столбов вены приобретают особое строение (напоминают кисточку — Г. В. Асмоловский, 1960) и увеличиваются в количестве. Появляются своеобразные вены, расширенные в виде шариков. Иногда эти мешковидные расширения были множественными и более крупными, располагались диффузно по окружности прямой кишки, почти не образуя групп и не выходя за пределы заднепроходных столбов (рис. 2). От каждой шаровидно расширенной вены отходила вверх тонкая ветвь, впадавшая в систему верхней прямокишечной вены. Нижний полюс шаровидной вены обычно заканчивался слепо или переходил в очень тонкую веточку, впадавшую в систему нижней прямокишечной вены. Синусоидальный характер строения и частое групповое расположение этих вен указывают на их значительное сходство с сосудами эмбрионов, описанными выше.

Следует отметить, что один из главных отличительных признаков кавернозных (пещеристых) вен, а именно наличие внутристеночных артерий, обнаруживался в этом возрасте очень редко и с большим трудом. Но в некоторых препаратах можно было видеть крупные вены со спавшимся просветом и складчатыми стенками (рис. 3). В этих сосудах определялся тонкий мышечный слой и хорошо выраженная эластическая мембрана. При



Рис. 2. Диффузное расположенне шаровидных кавернозных вен в области заднепроходных столбов прямой кишки новорожденного. Лупа.

Рис. 3. Крупная спавшаяся кавернозная вена в прямой кишке новорожденного. Глубокие складкн в стенке вены. $\times 70$.

заполненин кровью такие вены могут значительно увеличиваться в объеме, приобретая вид шариков, о которых упоминалось выше.

Структура обнаруженных своеобразных мелких и крупных вен, не похожих на вены обычного строения, отдаленно напоминает кавернозную ткань половых органов новорожденных, кавернозные полости которой в этом возрасте спавшиеся, а в стенках вен редко встречаются мелкие артерни. Эти артерии, как нзвестно, в кавернозной ткани являются артериальным коленом артериовенозных анастомозов, по которым артериальная кровь заполняет кавернозные вены при эрекцин. Объем кавернозной тканн увеличивается н она приобретает более четкое гистологическое строение только по мере полового созревання [Тюков А. М., 1968].

Существенно, что кавернозные вены закладываются в прямой кишке закономерно, в процессе нормального развнтня. Выявление кавернозной ткани в прямой кншке новорожденных также свидетельствует о том, что это врожденная, характерная для данной области структура.

МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Основываясь на выводе из предыдущего раздела главы, можно было предположить наличие кавернозных (пещернстых) телец в прямой кишке у людей всех возрастов.

Исследование ангиоархитектоннки дистального отдела прямой кишки проведено на 112 препаратах этого отдела кншечника, полученных на вскрытиях или во время операций у лнц разных возрастов — от 6 мес до 80 лет. Методика нсследований была та же (заполненне сосудов тушью и цветной гуашью). Изучали также нативные препараты: после фиксации в 10% растворе формалина слизистую оболочку прямой кишки отсекали от мышечной, и препарат после предварительного высушивання просветлялн в глицернне или скипидаре.

В подслизнстом слое 3 артерни обнаружены в 30 наблюдениях, от 4 до 8 артерий — в 55; в 7 наблюдениях были найдены лишь 2 магистральные артерии, а в остальных 20 препаратах преобладал диффузный тип ветвления артерий. Основные артериальные стволы, входя в подслизнстый слой, ветвились, и на уровне заднепроходных столбов чнсло веточек составляло 10—12 и боль-

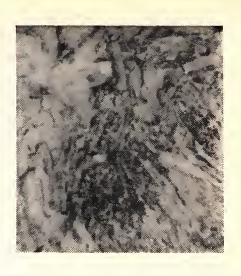
ше. Главным коллектором, отводящим венозную кровь от прямой кишки, является верхняя прямокишечная вена, но есть данные о том, что от анальной части кишки венозная кровь собирается главным образом в нижние прямокишечные вены [Сушко О. Т., 1960]. В систему нижней полой вены впадают и непостоянные средние прямокишечные вены [Максименков А. М., 1949]. В работе этого автора отмечено, что между верхней и средними венами прямой кишки имеется обратная зависимость: чем сильнее развита первая, тем меньше вторых. Средние прямокишечные вены относятся к клоакогенным и, если они не редуцированы, отмечается хорошо выраженная их связь с сосудами мочеполовых органов. Это подтверждает нашу концепцию об общем источнике развития этих сосудов в эмбриогенезе.

Верхняя прямокишечная вена, как и другие вены портальной системы, не имеет клапанов в отличие от средних и нижних прямокишечных вен, в которых за пределами прямой кишки обнаруживаются отдельные клапаны. В зоне, где прямокишечные вены проникают через мышечную оболочку, имеются нерезко выраженные футляры из соединительной ткани, «пиджачные петли» [Graham-Stewart C., 1963]. При прохождении калового комка вены в этом месте могут сдавливаться и застой крови в них может иметь значение в патогенезе геморроя. Мы полагаем, однако, что наличие большого количества анастомозов между системами прямокишечных вен снимает опасность такого застоя.

В зоне заднепроходных столбов И. Г. Дацун (1969) обнаружил 4—6 «анальностолбовых» венозных веточек. По нашим наблюдениям, их число колеблется от 3 до 8. Локализация вторичных веточек крайне вариабельна.

В отличие от других участков толстой кишки, где артерии и вены дихотомически разветвляются до мельчайших ветвей, в дистальном отделе прямой кишки довольно крупные сосудистые ветви идут в направлении заднепроходных столбов, почти не давая разветвлений. Чем объяснить эту особенность? В кровоснабжении каких структур принимают участие эти относительно крупные сосуды? Наши исследования свидетельствуют о том, что в подслизистом слое заднепроходного канала на уровне зубчатой линии располагаются своеобразные кавернозные вены, лежащие поодиночке или группами. Вопреки классической схеме строения сосудистой сети эти венозные ветви образуются не в результате слияния постка-

Рис. 4. Макропрепарат дистального конца прямой кишки и заднепроходного канала. В зоне зубчатой линии 3 группы кавернозных телец.



пиллярных венул, а отходят от сравнительно крупного сосудистого резервуара диаметром от 1 до 5 мм.

В 38 наблюдениях мелкие или крупные шаровидные вены располагались диффузно, по всему периметру кишки, не образуя групп. Можно предположить, что при таком рассыпном типе строения внутреннего геморроидального венозного сплетения возможность возникновения геморроя меньше, чем у лиц с хорошо развитыми кавернозными венами, образующими группы. Последний тип строения отмечен в большинстве наблюдений — в 74 препаратах. Чаще всего было 3 или 2 группы кавернозных вен. При наличии трех групп кавернозные тельца занимали, как правило, сегменты на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках прямой кишки (рис. 4). Если определялась одна или две группы кавернозных вен, они также локализовались в одной из указанных зон.

Группы венозных клубочков часто имели форму конуса, обращенного основанием к зубчатой линии. Такая группа телец напоминает виноградную гроздь, висящую на общей ветви (рис. 5). Характерно, что зубчатая линия является как бы нижней границей этих сосудистых образований. Это связано, по-видимому, с тем, что рыхлый подслизистый слой прямой кишки на этом уровне замещается плотной фиброзной тканью (белая линия), препятствующей дальнейшему расширению и смещению вниз сосудов. Нижний полюс кавернозных телец, как и



Рис. 5. Группа кавернозных телец в форме виноградной грозди. Лупа.

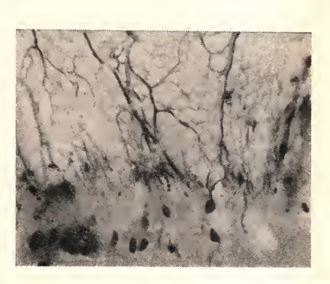


Рис. 6. Расположение второго ряда кавернозных вен шаровидной формы ниже белой линии заднепроходного канала. Просветленный нативный препарат.

у эмбрионов, может оканчиваться слепо, но чаще встречались тонкие, иногда хорошо выраженные венозные веточки, отходившие от них и впадавшие в систему нижних прямокишечных вен. Получается своеобразное соединение системы воротной вены с бассейном нижней полой вены. Можно полагать, что кавернозные вены прямой кишки в связи с таким строением могут принимать участие в регулировании артериального давления за счет увеличения объема кавернозных лакун.

При послойной препаровке переходной зоны прямой кишки несколько ниже белой линии мы в некоторых случаях обнаруживали второй ряд шаровидных вен. Они также располагались по ходу тонких венозных веточек на 1—2 см ниже верхнего ряда (рис. 6). Обычно эти вены были спавшимися и плохо заполнялись даже при инъекциях в связи с тем, что нижние клубочки лежат среди плотных соединительнотканных прослоек, иногда непосредственно под кожей.

Таким образом, внутреннее венозное геморроидальное сплетение образовано двумя рядами кавернозных вен, связанных между собой большим количеством анастомозов и коллатералей.

В некоторых случаях при раздельном введении красок в вены и в артерии отмечалось смешивание инъекционных масс в просвете кавернозных телец. Это обстоятельство может косвенно свидетельствовать в пользу наличия в кавернозных тельцах прямой кишки прямых соустий или артериовенозных анастомозов, соединяющих мелкие артерии с просветом кавернозной вены.

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Итак, макроскопическое исследование позволило установить, что в подслизистом слое дистального отдела (переходная зона) прямой кишки и заднепроходного канала имеются кавернозные вены.

Гистологическое изучение сосудов подслизистого слоя в области заднепроходных столбов выявило в нем конгломераты вен, отличающихся от остальных сосудов кишечной стенки. При первом взгляде они производят впечатление кавернозной ангиомы из-за большого количества заполненных кровью пещеристых полостей неправильной формы. Такое сходство, видимо, и привело к ошибочному появлению «опухолевой» теории происхождения ге-

Рис. 7. Небольшое кавериозиое тельце у ребенка 12 лет. $\times 70$.

Рис. 8. Кавернозиое тельце в подслизистом слое прямой кишки у мужчины 66 лет. $\times 28$.

морроя. Впоследствии эта теория подверглась резкой и справедливой критике, и первопричиной геморроя стали считать эктазию обычных вен прямой кишки. Правда, некоторые авторы [Невзгляд Г. И., 1966] и позже описывали кавернозноподобные структуры в геморроидальных узлах, но трактовали эти находки вне связи с геморроем. Однако наличие внутристеночных артерий и эластических мембран в стенках кавернозных синусов описываемой области придает этим венозным структурам явное сходство с кавернозной эректильной тканью половых органов.

Размеры многокамерных кавернозных вен прямой кишки колеблются в широких пределах. У детей они небольшие, формирование отдельных кавернозных синусов нечеткое (рис. 7). С возрастом размеры и количество отдельных синусов и телец увеличиваются, эластическая мембрана выражена лучше. У пожилых людей она прослеживается плохо, трабекулы, разделяющие синусы, у них представлены коллагеновыми волокнами (рис. 8). Одной из важных особенностей строения кавернозных вен вообще является наличие в их стенках мелких артерий. Но если такие сосуды сосудов (vasa vasorum) в стенках крупных артерий или вен распадаются на капилляры, то принципиальным отличием внутристеночных артерий кавернозных вен прямой кишки является то, что они не распадаются на капилляры, а открываются непосредственно в просвет этих вен, что удалось четко проследить на серии срезов (рис. 9). По сути дела это артериовенозные анастомозы, по которым артериальная кровь поступает в просвет кавернозных вен. Сосуды эти весьма напоминают улитковые артерии кавернозных тел полового члена.

Наряду с многокамерными кавернозными тельцами в подслизистом слое заднепроходных столбов обнаруживается много изолированных вен, но и в них имеются многочисленные глубокие складки, за счет которых они могут во много раз увеличивать свой просвет. В обычных венах таких складок нет. Часто в стенках таких вен, так же как и в многокамерных кавернозных тельцах, обнаруживаются мелкие внутристеночные артерии, открывающиеся прямо в полость вены (рис. 10). Эти артерии имеют извитой спиралевидный ход, что дает основание отнести их к улитковым артериям.

Таким образом, кавернозная ткань в прямой кишке представлена как конгломератами кавернозных вен, об-

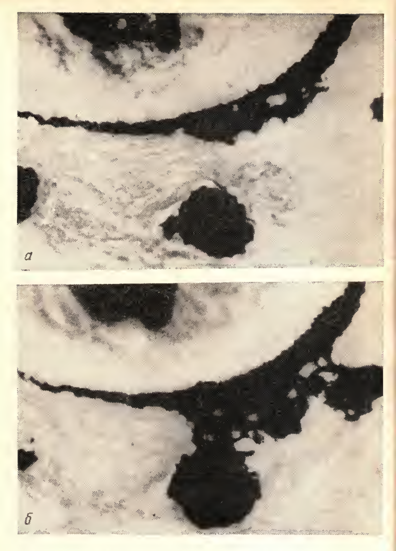


Рис. 9. Артерия в стенке кавернозной вены (а) и место соединения просвета кавернозной вены с внутристеночной артерией (б). ×70.

Рис. 10. Место соединения внутристеночной артерии с просветом кавернозной вены у женщины 54 лет. ×280.



разующими одноименные тельца, так и отдельными кавернозными венами. Последний тип сосудов более распространен и встречается во всех наблюдениях, тогда как многокамерные кавернозные тельца обнаружены нами лишь в $^2/_3$ препаратов.

При исследовании сосудов в подслизистом слое анальной области наряду с кавернозными венами выявлены и вены обычного строения. Они не содержали внутристеночных артерий и глубоких складок, а имели тонкую стенку со слабо выраженным мышечным слоем и плохо выраженной разволокненной наружной эластической мембраной. Среди этих вен овальной формы можно было обнаружить вены с очень толстым мышечным слоем, что делало их похожими на артерии, но в отличие от последних вены не имели внутренней эластической мембраны. В настоящее время в регуляции кровообращения наряду с функцией артериол и артериовенозных анастомозов большое значение придают мелким венам и венулам [Есипова И. К., Яровая И. М., 1971] В венах некоторых органов обнаружены гладкомышечные жомы, способные значительно суживать их просвет. В. В. Куприянов (1969) отмечал, что повсюду, где располагается кавернозная ткань, есть и сфинктерные ме-

ханизмы. По мнению И. К. Есиповой, наличие сфинктеров в устьях вен свидетельствует об их активной функции в перераспределении и депонировании крови. Можно полагать, что обнаруженные нами мышечные жомы в венах обычного строения, отводящих кровь из кавернозной ткани, способствуют депонированию ее в кавернозных синусах прямой кишки.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Выше было описано характерное строение кавернозной ткани прямой кишки у взрослых. Весьма важно показать также ее состояние у детей, поскольку у них исключены факторы, могущие вызвать различного рода эктазии вен, такие как запоры, злоупотребление алкоголем и острой пищей, тяжелые физические нагрузки, беременность.

Как указывалось выше, мелкие кавернозные вены, изредка многокамерные, выявляются уже у новорожденных. У детей в возрасте от нескольких месяцев до года в подслизистом слое заднепроходных столбов также обнаруживали мелкие шаровидные вены, изредка образующие группы. Однако у детей они развиты плохо и обнаружить их значительно труднее. Примерно к 10 годам кавернозные вены этой области становятся более крупными, чаще формируются в группы.

Гистологическое исследование кавернозной ткани прямой кишки у детей показало ее слабое развитие. Наиболее типичное строение кавернозные структуры приобретают у лиц в возрасте 18—40 лет, а у более старших стенки кавернозных вен и трабекулы кавернозных синусов истончаются, склерозируются, увеличивается количество внутристеночных артерий. Следует отметить, что у молодых людей в возрасте до 30 лет в норме (т. е. при отсутствии геморроя) преобладает диффузное строение кавернозной ткани, в то время как у лиц 60 лет и старше преобладает, наоборот, групповое ее строение. Этими особенностями возрастных изменений кавернозных структур можно удовлетворительно объяснить редкое возникновение геморроя у детей и подростков. Однако фактор возможного врожденного развития крупных кавернозных вен доказан, и правы те авторы [Напалков Н. И., 1935, и др.], которые придают наследственно-

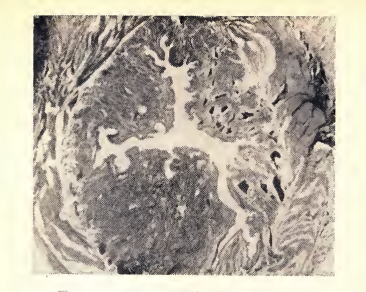


Рис. 11. Поперечный срез заднепроходного канала. Лупа.

сти определенное значение в развитии геморроя у детей и подростков.

Принцип функционирования сходных сосудистых образований в различных органах имеет, естественно, много общего. В кавернозной ткани он связан с увеличением объема и упругости пещеристых структур при заполнении их кровью. Однако назначение и, если можно так выразиться, биологическое использование этих образований, вероятно, отличаются в разных органах. В отличие от функции пещеристых тел половых органов, изученной достаточно подробно, роль кавернозной ткани прямой кишки практически не исследована. Нам удалось найти только отдельные высказывания о том, что сосудистые тельца анальной области способствуют более герметическому закрытию просвета прямой кишки [Старков А. В., 1912; Максименков А. М., 1949, и др.].

Мы провели гистологическое исследование строения замыкательного аппарата прямой кишки. На поперечных кристеллеровских срезах заднепроходного канала (рис. 11) видно, что мышцы представлены наружным сфинктером, состоящим из произвольной поперечнополосатой мускулатуры, и внутренним сфинктером, являющимся утолщенной терминальной частью циркулярного

мышечного слоя прямой кишки. Как видно на рис. 11, все пространство, ограниченное внутренним сфинктером, заполнено слизистой оболочкой, образующей несколько складок. Эти складки как бы делят подслизистый слой на три участка подушковидной формы. Так как сам по себе подслизистый слой не обладает достаточной упругостью и эластичностью для выполнения герметизации просвета прямой кишки, то можно полагать, что эту роль выполняют прежде всего кавернозные структуры и пучки гладкомышечных клеток, расположенные здесь. При заполнении кровью кавернозные вены сдавливают складки слизистой оболочки, герметизируя просвет кишки. Косвенным подтверждением этого, на наш взгляд, является то обстоятельство, что кавернозная ткань прямой кишки располагается только в зоне заднепроходного канала. Мы ни разу не обнаруживали кавернозных телец выше зоны заднепроходных столбов.

Принцип действия кавернозной ткани прямой кишки и половых органов имеет много общего, ибо в обоих случаях он обусловлен усиленным притоком артериальной крови и превращением в связи с этим кавернозных сосудов в упругие плотные образования. Но если кровенаполнение кавернозных структур половых органов длится, как правило, сравнительно недолго, то кавернозные тельца прямой кишки, чтобы выполнять функцию сосудистого жома, должны быть заполнены кровью постоянно (вне акта дефекации). Надо полагать, что в норме такое длительное кровенаполнение кавернозной ткани может быть в значительной степени обусловлено сокращением сфинктера, сдавливающего отводящие вены. Однако венозному застою в этих венах противостоят многочисленные сосуды — коллатерали подслизистого слоя прямой кишки и подкожной жировой клетчатки заднепроходного канала, проходящие вне мышечных пучков сфинктера.

Все приведенное выше может свидетельствовать в пользу определенной физиологической роли кавернозной ткани в закрытии просвета прямой кишки, что подтверждается закладкой этой ткани в эмбриогенезе и наличием ее у людей разных возрастов. Другими словами, сосуды выступают здесь, кроме своей обычной роли, еще и в качестве малоизученных пока гидравлических механизмов.

Если такое назначение описанных сосудистых структур прямой кишки оценено нами правильно, то участки

кавернозной ткани, существующие в том или ином виде в других полых органах (пищевод, уретра, мочеточник, протоки некоторых желез), должны иметь аналогичную функцию. В работах отдельных авторов можно найти указания на то, что по ходу пищеварительного тракта, особенно в местах расположения мышечных жомов, венозные сети становятся гуще и строение их усложняется. А. М. Максименков (1949) обнаружил такие участки в месте перехода глотки в пищевод и пищевода в желудок, а также в стенке слезного канала и мочеточника. Признавая роль мышечных жомов, он придавал большое значение в осуществлении полного закрытия пищевода и венозным сплетениям подслизистого слоя. Много общего с описанными сосудами имеют подслизистые вены мочеточника, описанные Ю. А. Пытелем (1960).

Видимо, сосудистые образования, расположенные в подслизистом слое пищевода, мочеточника и уретры, можно отнести к кавернозной ткани. Здесь она развита значительно слабее, чем кавернозная ткань прямой кишки.

Глава 4

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ГЕМОРРОЯ

В предыдущей главе было показано, что в подслизистом слое переходной зоны прямой кишки в норме у людей разного возраста имеются кавернозные сосудистые структуры, из которых могут формироваться геморроидальные узлы. В большинстве случаев скопления кавернозных телец, т. е. их группы, располагаются в строго определенных участках подслизистого слоя, а именно в зонах, проецирующихся на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине). Клинический опыт свидетельствует о том, что у большинства больных геморроем внутренние узлы формируются именно в этих участках.

В начальной стадии болезни при осмотре заднепроходного канала и нижней части прямой кишки на левой боковой, правой заднебоковой и правой переднебоковой стенках, сразу над зубчатой линией можно видеть небольшие, слегка синюшные или, наоборот, красноватые выбухания слизистой оболочки. В этой стадии геморроя

внутренние узлы выглядят как компактные образования на широких основаниях. С течением времени узлы увеличиваются в объеме, особенно за счет дистальных частей, и тогда их верхушки как бы делятся на доли. Вот эти доли часто принимаются врачами за отдельные узлы, особенно в тех случаях, когда осмотр и обследование выполняют без предварительного обезболивания, т. е. без релаксации мышц заднего прохода. Обычно геморрой у больных с коротким анамнезом протекает на фоне спазма заднепроходного (анального) сфинктера, что еще более затрудняет топическую диагностику. Отсюда и распространенное неверное мнение о наличии 6, 8 и более внутренних геморроидальных узлов.

У больных с длительно существующим геморроем спазма сфинктера, как правило, нет; у них внутренние узлы часто выпадают из заднепроходного канала и при наружном осмотре, особенно при натуживании больного, по окружности заднего прохода виден «букет» узлов — 6, 8 и более отдельных образований. Однако стоит осторожно вправить выпавшие узлы и добиться релаксации сфинктера, как можно легко определить все те же 2 или 3 узла с разветвленными дистальными верхушками.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ В ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ ИЛИ ТРОМБОЗА

Патологическое исследование 500 геморроидальных узлов, удаленных в «холодном» периоде, т. е. без клинических признаков острого воспаления или тромбоза, показало, что слизистая оболочка, покрывающая такие узлы, синюшная, отечная. Внешне такой узел производит впечатление компактного образования, но уже при простом осмотре его со стороны подслизистого слоя видно, что он состоит из множества мелких сосудистых клубочков диаметром от 1 до 6 мм. Клубочки залегают в рыхлой соединительной ткани и широко анастомозируют между собой. На разрезе такой узел имеет губчатый вид.

На первых этапах исследования, когда мы, придерживаясь общепринятых позиций, считали, что геморрой обусловлен эктазией вен прямой кишки, нас поражало, что в геморроидальных узлах эктазия обычных вен встречалась очень редко, как исключение, причем эти расширения имели только внешнее сходство с варикоз-

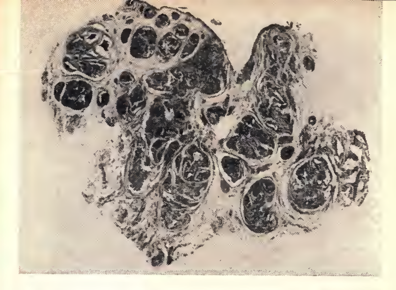


Рис. 12. Поперечный срез геморроидального узла. Лупа.

ным расширением вен. На самом деле это были расширенные кавернозные вены или кавернозные тельца.

При микроскопическом исследовании хорошо видно, что геморроидальный узел покрыт слизистой оболочкой, иногда включающей участок многослойного плоского эпителия переходной зоны прямой кишки. Подслизистый слой узла обычно утолщен, представлен несколько отечной соединительной тканью, среди которой располагаются многочисленные кавернозные вены и их группы (рис. 12). Ни в одном из исследованных узлов этой серии не было обнаружено признаков острого воспаления или распространенного тромбофлебита. В 19 препаратах обнаружены анальные железы, проникавшие в толщу узла. Вопреки мнению отдельных авторов [Марков Д., 1967], связывавших возникновение геморроя с воспалением этих желез, в наших наблюдениях оно найдено только в одном случае. Наряду с волокнами соединительной ткани в подслизистом слое геморроидальных узлов встречались мелкие пучки мышечных клеток и эластические волокна.

При изучении кавернозных образований в геморроидальных узлах выявилось еще большее, чем в норме,

сходство их с кавернозной тканью половых органов. Вместе с тем эти образования можно было принять за кавернозные ангиомы, так как они состояли из многочисленных полостей различной величины, разделенных тонкими перегородками и довольно четко отграниченных от окружающих тканей.

При хорошем наполнении кровью стенки кавернозных вен геморроидального узла были тонкими, а при меньшей степени наполнения толщина стенок увеличивалась. Многие тельца имели небольшие размеры и довольно хорошо выраженную соединительнотканную капсулу с примесью эластических волокон. Наличие эластических волокон свидетельствует, во-первых, о подвижности расположенных в них структур, во-вторых, об определенном функциональном единстве сосудистых полостей, окруженных эластической мембраной. В трабекулах отдельных синусов эластические волокна отсутствуют, по-видимому, в связи с тем, что они не испытывают того напряжения, которое приходится на капсулу всего тельца в целом при его наполнении кровью.

В отличие от контрольных наблюдений трабекулы кавернозных телец при геморрое были утолщены, в трабекулярных перегородках обнаруживались многочисленные ходы, ведущие из одного синуса в другой. Мы специально останавливаемся на этих подробностях, поскольку эти ходы в литературе подчас описываются как разрывы эктазированных истонченных стенок геморроидальных вен [Невзгляд Г. И., 1964]. Против этого свидетельствует то, что стенки таких «разорванных» вен не истончены, а, наоборот, утолщены, склерозированы и просвет их спавшийся, а не эктазированный. Кроме того, такие же «разрывы» были найдены в кавернозных венах нормальной прямой кишки, не содержавшей геморроидальных узлов. Стало быть, так называемые трабекулы есть не что иное, как обычные сообщения между синусами любой кавернозной ткани.

Весьма характерным для геморроя было увеличение количества и размеров кавернозных телец, которые либо образовывали группы, либо располагались как бы в виде ожерелья. Часто встречались очень крупные тельца, занимавшие значительную часть геморроидального узла. Отсутствие капсулы в таких крупных тельцах может свидетельствовать о слиянии нескольких мелких телец и отдельных кавернозных вен в крупные конгломераты кавернозной ткани.

Не следует думать, что любой геморроидальный узел обязательно является скоплением только кавернозных телец. Как уже отмечалось, в части случаев эти тельца могут даже отсутствовать, в других наблюдениях они нетипичны, в третьих — очень мелкие, единичные и обнаруживаются с трудом. Однако не было ни одного случая, чтобы препараты геморроидальных узлов не содержали изолированных кавернозных вен. Так же как в контрольных наблюдениях, эти вены имеют один просвет, а стенки их содержат много глубоких складок, но при геморрое стенки кавернозных вен значительно утолщены и на большем протяжении фиброзно изменены. Во многих случаях отмечено утолщение внутренней оболочки и наружной эластической мембраны. Наряду с такими далеко зашедшими изменениями изредка можно было обнаружить кавернозные вены, стенки которых представлены толстым слоем гипертрофированных мышечных клеток. Можно предполагать, что такая гипертрофия мышечных элементов венозной стенки возникает на сравнительно ранних этапах развития геморроя в ответ на увеличивающийся объем протекающей крови, т. е. как реакция на гиперволемию. Со временем в стенках кавернозных вен нарастают склеротические изменения.

При гистологическом исследовании геморроидальных узлов отмечают значительно большее, чем в препаратах контрольной группы, количество внутристеночных артерий. На сериях срезов прослеживается спиралевидный ход этих артерий и места их впадения в кавернозные вены. В отличие от нормы здесь отмечается большая извитость улитковых артерий, о чем свидетельствует наличие их отдельных мелких групп, представляющих собой на самом деле один сосуд, срезанный в местах изгибов. Можно считать, что увеличение числа улитковых артерий при геморрое обусловлено усилением их извитости.

Другим очень характерным для геморроя признаком было расширение просвета улитковых артерий. Мы провели измерение толщины их стенок и диаметра просвета с определением индекса Керногана (отношение толщины стенки артерии к ее внутреннему диаметру). В норме средняя толщина стенки улитковой артерии была $5{,}2 \pm 0{,}27$ мкм, а средний ее диаметр составлял $14{,}9 \pm 0{,}86$ мкм. При геморрое эти показатели были достоверно больше — $6{,}9 \pm 0{,}26$ и $32{,}03 \pm 0{,}89$ мкм ($p < 0{,}001$). Об этом же свидетельствует и индекс Керногана, рав-

ный 0,35 в контрольных наблюдениях и 0,21 при геморрое.

Большое значение для объяснения феномена расширения стенок улитковых артерий имеет, на наш взгляд, наличие в них миоэпителиальных или гломусных клеток, характерных для сложных гломусных артериовенозных анастомозов (рис. 13). Эти клетки, напоминающие молодые мышечные или эпителиальные элементы, выделяют вещества типа ацетилхолина, активно воздействующие на тонус сосудистой стенки и способствующие расширению просвета сосудов [Португалов В. В., 1955]. В контрольных наблюдениях гломусные клетки в улитковых артериях встречались лишь в единичных случаях. Эти своеобразные анастомозы отличаются еще и тем, что несмотря на подчас многолетнее существование геморроидальных узлов, в стенках улитковых артерий не наблюдается сколько-нибудь значительной гипертрофии, склероза или гиперэластоза. Даже при длительном выпадении внутренних геморроидальных узлов склероз и гиалиноз артерий наблюдались очень редко, причем и в этих случаях большинство остальных артерий имело широкий просвет и незначительно утолщенный мышечный слой.

Полученные данные свидетельствуют о преобладании в улитковых артериях функциональных изменений и, следовательно, о возможной обратимости патологического процесса. Клинические наблюдения показывают, что геморроидальные узлы могут исчезать на длительный срок и снова появляться под воздействием неблагоприятных условий. Выпадение внутренних узлов следует объяснять не сосудистыми изменениями, а нарушением эластических свойств слизистой оболочки и подслизистого слоя заднепроходного канала.

Все приведенное выше дает нам основание считать, что в основе развития геморроя лежат хронические функциональные нарушения деятельности внутристеночных улитковых артерий кавернозных вен, приводящие к расширению просвета артериального колена артериовенозных анастомозов и к усилению в связи с этим притока артериальной крови в кавернозные вены. У $^{1}/_{5}$ больных геморроем обнаружены артерии замыкающего типа, более крупные чем в норме, с толстым продольным мышечным слоем. Функция артерий замыкающего типа, где бы они ни располагались, заключается в регуляции кровотока в микроциркуляторном русле. В условиях на-

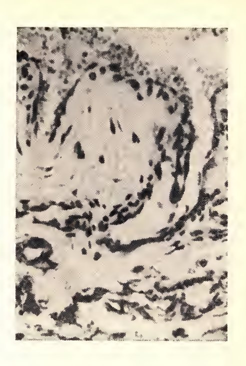


Рис. 13. Место впадения улитковой артерии в кавернозную вену у мужчины 50 лет. ×280.

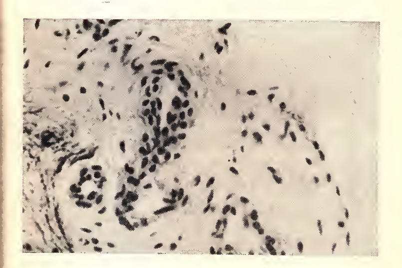


Рис. 14. Большое количество гломусных клеток в стенке улитковой артерии у мужчины 36 лет. ×280.

рушенной гемодинамики число этих адаптационных структур увеличивается; наличие их проксимальнее улитковых артерий может в какой-то мере уменьшить приток артериальной крови к кавернозным тельцам, поскольку при геморрое улитковые артерии теряют способность регулировать кровоток в кавернозных венах.

Сами гломусные анастомозы, образованные переплетением сосудов (клубочек, шарик, гломус), впервые подробно описаны P. Masson в 1935 г. F. Stelzner (1962) специально обращает внимание на отсутствие гломусных анастомозов в геморроидальных узлах, что можно объяснить только малым числом наблюдений у этого автора. Мы обнаружили гломусные анастомозы в геморроидальных узлах у 14 из 267 больных (рис. 14). На срезе такой анастомоз выглядит как беспорядочное скопление мелких артерий и вен, просвет которых по периферии обычно расширен. Ближе к месту перехода артерии в вену в просвете артерии появляется продольный мышечный слой, т. е. она перестраивается по типу замыкающей. Иногда удается видеть место перехода артерии гломусного анастомоза в несколько мелких улитковых артерий. Это еще раз подтверждает наше предположение о том, что улитковые артерии следует относить к структурам гломусного типа.

Выше мы указывали, что в условиях физиологической нормы кровенаполнение кавернозной ткани прямой кишки осуществляется, вероятно, не столько за счет усиления притока крови по улитковым артериям, сколько вследствие затруднения оттока по отводящим венам. В геморроидальных узлах наряду с кавернозными мы обнаруживали и вены, близкие по строению к обычным. Однако мышечный их слой был резко гипертрофирован, что придавало им сходство с артериями. Такая перестройка вен, обнаруженная в $^2/_3$ наблюдений, несомненно нарушает отток крови из кавернозных телец прямой кишки.

Все эти нарушения кровообращения в кавернозных тельцах приводят к открытию анастомозов между кавернозными венами и венами слизистой оболочки прямой кишки. В норме вены слизистой оболочки прямой кишки сравнительно мелкие и определяются с трудом. При геморрое же в половине всех наблюдений отмечалось выраженное расширение этих вен, сопровождавшееся истончением их стенок. Это делает вены прямой кишки легко ранимыми, особенно при дефекации. Нам удава-

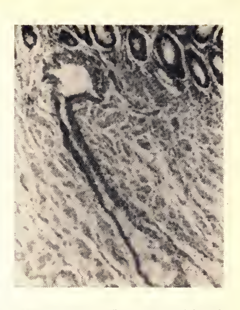


Рис. 15. Соединение вены слизистой оболочки с подслизистой кавернозной веной. ×70.

лось обнаруживать разрывы этих поверхностных вен, но ни в одном наблюдении мы не отметили повреждений артерий подслизистого слоя прямой кишки. Это указывает на то, что артериальный характер геморроидальных кровотечений обусловлен тесной связью вен прямой кишки с кавернозными тельцами подслизистого слоя (рис. 15).

На протяжении многих лет большое значение в возникновении геморроя придавали венозному застою, наблюдающемуся, к примеру, при циррозе печени. Однако в этом случае расширение вен прямой кишки имеет диффузный характер и не сопровождается образованием геморроидальных узлов [Аминев А. М., 1971]. По другим данным [Stelzner F., 1962], при циррозе печени геморрой встречается не чаще, чем при других заболеваниях. Ни в одном из трех препаратов прямой кишки, взятых у больных, страдавших циррозом печени с расширением вен пищевода, мы не отметили ни макро-, ни микроскопических признаков геморроя. Мало того, в 100 препаратах прямой кишки, удаленной по поводу рака ее с прорастанием всех слоев кишечной стенки и со сдавлением вен, мы также не отметили выраженного развития геморроидальных узлов.

Таким образом, наши наблюдения и данные литературы последних лет свидетельствуют о том, что повышение давления в системе воротной или полой вены не

ведет к обязательному развитию геморроя. Большее значение для патологических изменений кавернозной ткани прямой кишки имеют нарушения местной, органной, регуляции кровообращения, а именно изменение деятельности улитковых артерий и отводящих вен. Можно полагать, что нарушения эти обусловлены выделением медиаторов (ацетилхолин, вещества катехоламинового ряда), поскольку они, с одной стороны, могут способствовать открытию артериовенозных анастомозов, а с другой — сужению венул, т. е. приводить в действие те сосудистые механизмы, которые обусловливают усиленный приток артериальной крови в кавернозные вены.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТРОМБИРОВАННЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Кроме 500 узлов, иссеченных у 267 больных на операциях по поводу хронического (вне воспалительного обострения) геморроя, мы исследовали еще 303 узла, удаленных у 121 больного при остром геморрое, т. е. при остром тромбозе узлов.

Обычно тромбированный узел выглядит как компактное полиповидное образование диаметром 2,5—3,5 см, с гладкой или крупнобугристой поверхностью. Слизистая оболочка, покрывающая такой узел, обычно сохранена, она багрово-синюшна, иногда отечна и полнокровна. Изредка на ней имеются участки тусклого вишневого цвета — слизисто-подслизистые кровоизлияния. В ряде случаев мы отмечали изъязвления, иногда вплоть до наличия участков черного цвета и язв-эрозий. Через язвы пролабировали тромбированные сосуды или, если деструктивный процесс захватывал стенки вен, красные тромбы. Порой поверхность язв была покрыта сгустком крови.

На разрезе со стороны подслизистого слоя такой узел представляет собой конгломерат многочисленных шаровидных сосудистых полостей разного диаметра, заполненных темно-красными тромботическими массами. Здесь почти не видно стромы, весь узел представлен расширенными кавернозными венами диаметром от 0,2 до 1 см и больше. Иногда такой узел был представлен одной резко эктазированной и тромбированной кавернозной веной. При препаровке было видно, что многочисленные кавернозные вены шаровидной или мешковидной формы соединяются между собой петлистой сетью тонких сосу-

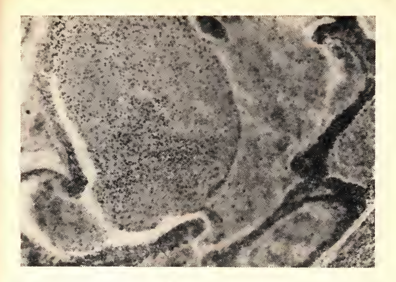


Рис. 16. Пристеночный тромб в кавернозной вене. ×70.

дов. Ни в одном случае не было тромбоза обычных, не кавернозных вен. Локализация тромбированных узлов в общем совпадала с типичным расположением групп кавернозной ткани (проецирующихся на 3, 7 и 11 часах), хотя это прослеживалось не так четко, как в «холодном» периоде болезни.

Стенки тромбированных кавернозных вен значительно истончены в связи с их резким расширением. Как правило, мышечные волокна в них не определяются, и стенка состоит из тонкого слоя богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, среди которой располагаются в небольшом количестве мелкие, слабо выраженные улитковые артерии. Такие же изменения наблюдаются и в кавернозных венах, образующих тельца (рис. 16). Из-за тромбозов стенки эктазированных кавернозных вен и капсулы кавернозных телец теряют складчатость, принимают шаровидную форму, в связи с чем на поперечных разрезах ткань такого узла выглядит как пчелиные соты. Тромбы, выполняющие полости кавернозных вен, как правило, обтурирующие, но встречаются и пристеночные. В отдельных случаях мы обнаруживали начальные стадии тромбообразования («сподогенные» тромбы), когда контуры эритроцитов еще хорошо определяются, но они уже образуют конгломера-

ты, разделенные тонкими прослойками нитей фибрина и участками плазмы.

В первые трое суток от начала обострения тромбы имели гомогенное строение в виде свежего сгустка крови, занимали весь просвет сосуда или обнаруживались в виде небольших комочков, прикрепленных к одной из стенок кавернозной вены. По краям таких тромбов наблюдалось появление единичных фибробластов. В сроки от 3 до 6 сут фибробласты проникают в более глубокие слои и процесс организации тромба распространяется по всей его окружности.

Ни в одном случае нам не удалось обнаружить гнойного расплавления тромба.

Отметим, что при геморрое тромбы образуются быстрее, чем в обычных венах, что связано, по-видимому, с постоянным обильным притоком артериальной крови и наличием в кавернозных венах большого количества внутристеночных артерий. Отличием геморроидального тромбоза от тромбоза вен обычного строения является еще и то, что при геморрое в большинстве случаев преобладает продуктивно-клеточный процесс с высокой степенью активности.

Во многих кавернозных венах с обтурирующими тромбами можно видеть серповидную полоску между тромбом и стенкой вены; в этом месте находилась свежая артериальная кровь. Это еще раз подтверждает факт постоянного притока крови по улитковым артериям в просвет кавернозных вен. В тех участках, где тромбы фиксировались к стенке вены и откуда начиналась их организация, в местах впадения улитковых артерий были выражены явления реканализации. Эти изменения присущи только кавернозным венам и не наблюдаются в венах обычного строения.

Наряду с организующимися тромбами мы в 37 случаях наблюдали и многочисленные свежие тромбы, что свидетельствует о прогрессировании процесса в одном узле. Этим можно объяснить и часто наблюдаемую клиническую картину прогрессирования тромбоза при остром геморрое. О таком прогрессировании говорит и то обстоятельство, что наряду с поражением кавернозных вен тромбообразование наблюдается (в 69 наших случаях) и в венах слизистой оболочки, имеющих обычное строение.

Доказательством того, что процесс этот распространяется от кавернозных на обычные вены, а не наобо-

рот, является то, что организация тромбов в кавернозных венах более выражена. В большинстве наблюдений в обычных венах слизистой оболочки вообще не удавалось найти организовавшихся или, тем более, реканализированных тромбов. Ни в одном случае не было и поражения только вен слизистой оболочки. Распространение тромбоза на вены слизистой оболочки носило, как правило, ограниченный характер, но этот процесс имеет важное значение, ибо именно здесь возникают отек, кровоизлияния, иногда некроз участка слизистой оболочки, т. е. картина венозного инфаркта.

В начальных стадиях процесса, когда тромбоз захватывал единичные вены, нарушения кровообращения выражались в резком полнокровии мелких вен и капилляров слизистой оболочки; дело до некроза не доходило, имелось лишь слущивание покровного эпителия. При распространенном, массивном тромбозе возникают некроз и изъязвление участков слизистой оболочки с размерами язв от 1 до 7 мм. Обширных некрозов мы не наблюдали. Последние возможны, видимо, при ущемлении всей ножки геморроидального узла, но это происходит очень редко и, по нашему мнению, не является главным фактором в развитии тромбообразования. Во всяком случае ставить ущемление всей ножки узла на первое место в генезе острого геморроя нам не представляется верным.

В месте повреждения (некроза) слизистой оболочки определялась лейкоцитарная инфильтрация, распространявшаяся на подслизистый слой. В зависимости от величины язвенного дефекта и давности обострения геморроя инфильтрат либо ограничивался поверхностными отделами подслизистого слоя, либо прослеживался на всю глубину геморроидального узла. Поверхность язв обычно инфицирована, что поддерживает воспалительный процесс. Наличие даже небольших язв-дефектов на слизистой оболочке, покрывающей геморроидальный узел, может способствовать развитию гнойных осложнений. То обстоятельство, что прогрессирование тромбоза часто ведет к возникновению язв, должно учитываться врачом — лечение острого геморроя, в том числе операцию следует выполнять на ранних стадиях, до образования язв.

До сих пор спорным является вопрос о первичности воспаления или тромбофлебита при остром геморрое. Микроскопическое исследование показало, что при тромбозе отдельных сосудов узла или группы кавернозных

вен подслизистого слоя без распространения процесса на вены слизистой оболочки ни в одном случае не было признаков острого воспаления тромбированных кавернозных вен (см. рис. 16). В стенках таких вен при наличии организовавшихся тромбов имеется слабо выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация во внутренней оболочке, являющаяся реакцией стенки сосуда на тромб и не имеющая отношения к воспалительному тромбофлебиту. Это подтверждается еще и тем, что в венах со свежими тромбами воспаления также нет, оно появляется только на поздних стадиях тромбоза, когда слизистая оболочка узла изъязвляется. В таких случаях воспалительный инфильтрат распространяется по строме геморроидального узла и далее на наружную оболочку сосудов. Лишь в единичных случаях инфильтрат определялся во всех слоях вены. О том, что воспаление в стенках вен было вторичным, свидетельствуют наблюдения захвата инфильтратом только части венозной стенки, обращенной к слизистой оболочке, без поражения ее глубоких отделов. В этих же наблюдениях глубоко расположенные тромбированные кавернозные вены не имели никаких признаков тромбофлебита. Только в отдельных венах с организующимися тромбами можно было найти признаки эндофлебита — реактивного, а не воспалительного. Такой эндофлебит обусловлен самим тромбозом.

Таким образом, острый геморроидальный тромбофлебит, обнаруженный в части случаев при распространенном тромбозе, является вторичным. В основе его лежит воспаление, обусловленное повреждением (изъязвлением) слизистой оболочки вследствие резкого нарушения в ней кровообращения. Как известно, одним из ведущих факторов тромбообразования является замедление кровотока, в частности венозный застой. При гистологическом исследовании тромбированных геморроидальных узлов мы часто находили значительную гипертрофию мышечного слоя отводящих вен и резкое сужение их просвета. Это указывает на длительное тоническое сокращение вен, что может быть одной из причин переполнения и растяжения стенок кавернозных вен, т. е. длительного застоя крови и, стало быть, появления синдрома гиперкоагуляции.

В кавернозной ткани существует много тучных клеток [Тюков А. И., 1967], являющихся носителями гепарина. Эти клетки располагаются, главным образом, по

ходу капилляров и улитковых артерий, несколько меньше их в стенках кавернозных вен. На поздних сроках геморроидального тромбоза тучных клеток значительно меньше, в то время как при остром тромбозе без признаков организации тромбов их число резко увеличивается, особенно за счет крупных форм, отмечается выброс зерен гепарина. Можно считать, что в начальных стадиях острого геморроидального тромбоза мобилизуется противосвертывающая система крови, которая затем истощается и становится несостоятельной. Если тромбоз распространяется и на вены слизистой оболочки и возникают некрозы, то проникновение инфекции, особенно стафилококка, способствует местной гиперкоагуляции, ибо стафилокиназа по действию подобна тромбокиназе, а по активности даже превосходит ее. Поэтому на поздних стадиях, когда функция тучных клеток снижается, присоединяется инфекция, а это отягощающее обстоятельство, способствующее дальнейшему возникновению тромбов и воспалительного флебита.

Можно проследить морфологию степени тяжести обострения геморроя. При легкой форме болезни (исследовано 35 удаленных узлов) интерстициальный отек не отмечался, тромбоз был распространенным лишь в 5 узлах. Обнаруживались свежие тромбы со слабо выраженными явлениями организации в краевых зонах (местах прикрепления тромбов). В некоторых кавернозных венах при этом между стенкой сосуда и тромбом имелись неизмененные, свободно лежащие эритроциты. При средней степени тяжести тромботический процесс, захватывающий часть вен слизистой оболочки прямой кишки, найден в 17 из 86 изученных узлов. Слизистая оболочка была отечна, полнокровна, в большинстве случаев (в 33 узлах) с кровоизлияниями. На поперечных разрезах строма узлов также отечна, кавернозные вены подслизистого слоя резко расширены и почти все заполнены тромбами, прочно удерживающимися в просвете вен. Вены слизистой оболочки в большинстве случаев также тромбированы, а нетромбированные вены расширены и заполнены кровью. Кавернозная ткань выражена ярче, кавернозные вены эктазированы, стенки их истончены, в просветах — красные обтурирующие тромбы, как свежие, так и уже организовавшиеся. Последнее обстоятельство еще раз подтверждает нашу концепцию о быстром, но разновременном процессе тромбообразования при остром геморрое.

Морфологическая картина тромбоза у больных тяжелой формой острого геморроя изучена на 60 наблюдениях (исследовано 179 узлов). Уже макроскопически удаленные узлы резко отличались от предыдущих: слизистая оболочка над ними темная, багрово-цианотичная, а в 39 узлах на ней были участки черного цвета диаметром от 0,3 до 1 см. На поперечных разрезах ткань имела вид пчелиных сот, ячейки которых заполнены красными тромбами, интимно спаянными со стенками кавернозных вен. В 123 узлах тромбоз был распространенным. Тромбы, как правило, обтурирующие, но и в этой стадии иногда можно было обнаружить участки свежего тромбоза, что говорило о продолжающемся и прогрессирующем процессе.

Таким образом, установлено, что при остром геморрое тромбы находятся не в обычных, а в кавернозных венах. В связи с тем что эти вены имеют очень маленькие и тонкие отводящие и приводящие веточки, возможность эмболии из них почти исключена. Она может возникнуть лишь в тех случаях, когда тромбоз распространяется на ветви верхних и нижних геморроидальных вен. В наших наблюдениях подобного распространения ни разу не отмечено. Против возможности эмболии при остром геморрое свидетельствует еще и быстрая организация тромбов в кавернозных венах.

Процессы, лежащие в основе тромбоза геморроидальных узлов, связаны с нарушением микроциркуляции, а именно с дисфункцией улитковых артерий и отводящих вен, что в конечном счете ведет к замедлению кровотока, резкому расширению кавернозных вен и к повреждению эндотелия. Тромбоз кавернозных вен не является следствием воспаления, а тромбофлебит при геморрое почти всегда вторичный.

Глава 5

ИЗУЧЕНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА И КОАГУЛЯЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ ИЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Наши морфологические исследования и данные литературы позволяют считать, что в геморроидальном узле кровь должна быть по составу близкой к артериальной. F. Stelzner (1962), изучив насыщение крови

геморроидальных узлов кислородом методом спектральной фотометрии у 11 больных, показал, что оксигенация крови была в среднем 970, т. е. соответствовала артериальной. М. Ф. Борисов (1970) с помощью оксигемометрии обнаружил, что насыщение крови геморроидальных узлов кислородом более чем у 65% больных колебалось от 81 до 90% и выше.

Мы у 112 больных во время операции по поводу геморроя с выпадением узлов пунктировали узел иглой, либо надрезали его, либо пунктировали непосредственно кавернозное тельце и получали кровь для исследования. Одновременно производили больным пункцию локтевой вены и брали кровь из кончика пальца для сравнительного изучения газового состава. Исследования проводили на отечественном оксигемометре (модель 057). Уже визуально при надрезе узла бросался в глаза алый цвет крови и выделение ее пульсирующей струйкой.

При заборе крови любым способом она соприкасается с окружающим воздухом и окисляется, но даже в атмосфере чистого кислорода это окисление не превышает 2% [Крепс Е. М., 1959; Кабаков А. И., 1970]. Как известно, у здорового человека венозная кровь насыщена кислородом на 60—70%, артериальная на 93—98%, а капиллярная кровь из кончика пальца кисти по содержанию кислорода идентична артериальной [Дембо М. А., 1960].

Наши исследования показали прежде всего, что методики пункции узла или надреза его идентичны — насыщение крови кислородом составило соответственно в среднем $96 \pm 0{,}52\%$ и $96{,}8 \pm 0{,}30\%$. Насыщение крови из локтевой вены кислородом составило в среднем $62{,}4 \pm 5{,}63\%$ (колебания в пределах 53—75%), а кровь из геморроидального узла насыщена кислородом на $95 \pm 0{,}02\%$ (колебания в пределах 90—100%, разница статистически достоверна). В крови из кончика пальца содержание кислорода составило $95{,}7 \pm 0{,}21\%$, т. е. эта кровь по насыщению кислородом не отличается от крови в геморроидальном узле.

Совместно с О. Я. Димант мы изучили у 10 больных геморроем газовый состав крови из геморроидальных узлов по микрометоду Аструпа. Напряжение углекислого газа в крови узла оказалось на 0,267 кПа (2 мм рт. ст.) ниже, чем в крови из кончика пальца. Степень насыщения крови из узла кислородом колебалась в

пределах 94—98%, концентрация истинных бикарбонатов была снижена на 0,8 ммоль/л, а уровень общей углекислоты снижен на 0,9 ммоль/л. Эти результаты также свидетельствуют об артериальном характере крови в геморроидальных узлах Таким образом, морфологические данные о наличии в стенках кавернозных вен геморроидальных узлов большого количества прямых артериовенозных анастомозов подтверждаются и изучением газового состава крови этих сосудистых образований, которая практически не отличается от артериальной.

Перегрузка кавернозных вен прямой кишки артериальной кровью ведет к склерозу и понижению тонуса их стенок. Постоянное травмирование кавернозной ткани подслизистого слоя переходной зоны прямой кишки во время дефекации, особенно при запорах, увеличивает опасность тромбообразования, хотя при геморрое преобладают кровотечения, а не тромбоз. Изучение вопросов общей и местной гемокоагуляции у больных геморроем могло, на наш взгляд, помочь в отработке некоторых схем консервативной терапии.

Мы изучили у 30 больных в возрасте от 30 до 59 лет тромбоэластограммы (ТЭГ) и спонтанный фибринолиз крови из геморроидальных узлов и из локтевой вены. Проводилось также изучение количества тромбоцитов периферической крови и крови из узлов. Всех больных разделили на три группы по характеру геморроидальных кровотечений: редкие скудные геморрагии и склонность к тромбофлебиту (первая группа, 12 больных), умеренные периодические кровотечения (вторая группа, 5 больных) и ежедневные обильные кровотечения во время дефекации (третья группа, 13 больных). При расшифровке ТЭГ анализировали константы R, K, MA (в миллиметрах), ME (в единицах), угол α (в градусах).

В крови из локтевой вены у больных первой группы время реакции (R) короче, чем в норме, а скорость формирования сгустка (K) выше нормальной, все остальные параметры в пределах нормы. В крови из геморроидального узла время реакции также укорочено и скорость формирования сгустка увеличена, но при этом увеличены и константы максимальной амплитуды (MA), и эластичности сгустка (ME), и угловой константы. Это указывает на усиление коагуляционной способности крови из узла по сравнению с нормой и с кровью из локтевой вены. Одновременно отмечено

уменьшение числа тромбоцитов в крови из геморроидальиого узла: 17 ± 4,5% (колебаиия в пределах 3—52%) по сравнению с 61 ± 4,2% (колебания в пределах 48—94%) в крови из локтевой вены и с 55 ± 3,8% (колебания в пределах 40—81%) в периферической крови. Фибринолиз крови из геморроидального узла был повышен у 9 из 12 больиых первой группы, а в крови из локтевой вены только у 6 больных, что говорит о гиперкоагуляции и активации фибрииолитических механизмов, более выраженных в крови узла.

У больных второй группы статистически достовериых различий показателей ТЭГ периферической, венозной крови и крови из геморроидальиых узлов практически не отмечеио. Фибринолитическая активиость крови из вены и из узлов колебалась в пределах иормы.

При частых и обильных кровотечениях (третья группа больных) в крови из локтевой веиы время свертываемости оказалось укороченным, что свидетельствует об ускореиином образоваиии тромбоэластина, ио замедление К и уменьшение угловой констаиты говорит о более замедлеиином образовании фибрииа. Эти изменения происходят на фоие отиосительиой нормокоагуляции. В крови из геморроидальиого узла у этих больных нарушен механизм образования тромбина и фибрина (коагулопатические явлеиия).

Получается, что обильиые и частые кровотечеиия имеют место у больиых с резко выражеииым коагулопатическим синдромом (период К практически ие определяется, МА иичтожно мала), а возиикновеиие тромбофлебита характерио для больиых с повышениой свертывающей активностью крови геморроидальных узлов. Можно представить, что вследствие частого травмироваиия патологически измеиеииых кавернозных вен нарушается их эидотелиальиый барьер и это приводит к коитакту между прокоагулянтами крови и субэидотелиальными тканями, особеиио коллагеном, и вызывает активацию протромбина. При соприкосновеиии тромбоцитов с раиевой поверхностью слизистой оболочки в геморроидальиых сосудах возиикает предрасположеииость к тромбообразованию. Если в здоровом организме эти местные иарушения легко и быстро уравиовешиваются последующей активацией фибринолитической системы крови и лизисом микросгустков фибрина, то при иаличии тромбоцитарной патологии возиикает наклонность к кровотечению вторичного характера (ко-

лнчество тромбоцитов в геморроидальиой кровн сниже-ио в 3—4 раза по сравненню с венозной кровью).

Прн изученнн до операций коагулограмм у 300 больных хроинческнм геморроем было отмечено увеличенне фнбринолнтнческой активностн плазмы почти в 2 раза по сравненню с нормой (36 ± 3%) у 60% больных. При этом степень увелнчення активностн не коррелнровала с интенснвностью кровотечення. Исключение составлялн случаи острого обнльного кровотечения, которое вызывало известные неспецнфическне нзмененния коагулограммы и ТЭГ. Остальные показатели коагулограммы у больиых геморроем отлнчалнсь от нормы несущественно, что указывает на преобладающую роль местных нзмененнй, а также иа удовлетворнтельную компенсаторную функцню общнх механнзмов, регулнрующнх гемостаз. В связн с этнм повышенне фнбрннолнтнческой актнвности в венозной снстеме может рассматриваться, по-виднмому, как защнтная реакцня вторнчного порядка, которая не должна блокнроваться антнфнбрннолнтическнмн препаратами. Вместе с тем кровь в сосудах геморроидального узла, как показалн нашн нсследования, содержнт снняженное колнчество тромбоцнтов — нх в 3—4 раза меньше, чем в норме. Следовательно, гемостаз при этом неполноценный, н рыхлые сгустки легко отторгаются от кровоточащей поверхностн.

Оценка фибрннолнтнческой активностн веиозной крови у больных хроннческнм геморроем до операцнн дает более верное о ней представленне, чем во время вмешательства, особенно под наркозом, когда прнобретают определенное значение н другне факторы, влияющне на снстему гемостаза.

Известио, что структура сгустка, а следовательно, надежиость гемостаза во многом завнсят от присутствня пластинок, от количества фнбрнногена н содержания антикоагуляитов в кровн больного. Прн сниженной актнвностн тромбнна полиого превращення фнбрнногеиа в фнбрин не пронсходит; тромбнн обладает также антигепарниовой активностью. О возможном увелнчеиии в «геморрондальиой» кровн содержання гепарнна свидетельствует увеличенне параметра К тромбоэластограммы, а также гнстологнчески показаиное увелнчеине колнчества тучных клеток в ткаиях геморроидальиых узлов.

Учитывая этн данные, мы считалн целесообразным ввестн в комплекс консерватнвных средств лечения ге-

морроя с выражеииыми упориыми кровотечениями местиое применеиие тромбина, очищенного от фибринолизииа.

Глава 6

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

БЕССИМПТОМНЫЙ ГЕМОРРОЙ

При обследоваиии практически здоровых людей часто выявляется, что при геморрое за медицинской помощью обращаются, как правило, лишь те лица, у которых клииических проявления болезии не только имеются, ио и достаточно резко выражеиы. Если прииять коицепцию о том, что аиатомическим субстратом геморроя являются скопления (группы, коллекторы) каверноиых телец, представляющих собой иормальиую, эмбриологически обусловленную структуру подслизистого слоя переходной зоиы прямой кишки, то становится вполие объясиимой возможиость существоваиия бессимптомиого геморроя. В таких случаях ии при наружиом осмотре, ни при пальцевом исследоваиии прямой кишки иичего ие обиаруживают. Лишь в очень редких случаях, когда болезиь вот-вот начиет проявляться, врач может определить пальцем иекоторую подвижиость, как бы смещаемость слизистой оболочки в области стеиок заднепроходного канала. Если в этот период произвести аиоскопию с помощью светящегося прибора, то иа стеиках задиепроходиого каиала, в зоиах, проецирующихся иа 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положеиии тела на спиие) можио видеть иежиофиолетового цвета подслизистые, довольио компактиые образования — группы кавериозиых веи (или, как их неверио трактовали прежде, — «варикозно расширенных веи»).

Термии «бессимптомиый геморрой», конечио, условен. Имеется в виду либо врождеииая гиперплазия кавериозиой ткани прямой кишки, либо самый иачальиый период формирования узлов, когда клииических проявлеиий болезни еще иет. И все же выделеиие этой группы имеет смысл. Именио среди этих лиц повышеииого риска возиикиовения геморроя следует иастойчиво проводить профилактические мероприятия, которые во многих случаях могут предотвратить дальнейшее прог-

рессирование заболевания. Профилактика геморроя, как совершенно справедливо указывает, к примеру А. М. Аминев, — понятие реальное. В лечении такие лица не нуждаются, но рекомендации по трудоустройству и диетическому режиму им необходимо дать. Если это шоферы, люди тяжелого физического труда, машинисткн, телефонистки и т. д., их следует предупредить о возможных кровотечениях при дефекации (особенно при запорах) и о выпадении узлов. Этим лицам очень важно рекомендовать профилактическую гимнастику для укрепления стенок заднепроходного канала, объяснить необходимость тщательного водного туалета после стула, опасность злоупотребления спиртными напитками и острой пищей, а главное, дать подробные указания о борьбе с запорами. Иногда следует предпринять меры к переводу на другую работу (особенно шоферов), хотя бы временно. Профилактика геморроя представляет важную задачу, так как часто самые простые рекомендации лицам с бессимптомным геморроем могут намного отсрочить появление клинических признаков заболевания, а в части случаев даже предупредить его развитие, и тем самым избежать потери большого количества рабочих дней по листкам нетрудоспособности.

ОСТРЫЙ ГЕМОРРОЙ

Следует отличать острый геморрой (синонимы — ущемленный геморрой, острый геморроидальный тромбофлебит, тромбоз геморроидальных узлов) от острого воспалительно-болевого анального синдрома, наблюдающегося при криптите, папиллите («сфинктерит», «анусит» и т. д.). В первом случае боль и отек тканей в области заднего прохода связаны с тромбозом сосудов геморроидальных узлов, выпадением и ущемлением этих узлов, а во втором — с острым воспалением заднепроходных пазух (морганиевых крипт) или гипертрофических анальных сосочков, часто протекающим без сопутствующего геморроя [Аминева В. А., 1970].

Следует также отличать острый геморроидальный тромбоз от выпадения невоспаленных внутренних геморроидальных узлов. В последнем случае болей нет или они минимальны, пальцевое исследование прямой кишки почти безболезненно, выпавшие узлы без труда вправляются в прямую кишку.

Истинный острый геморроидальный тромбоз может быть наружным (тромбирование наружных геморроидальных узлов), внутренним и комбинированным. Если выпавшие внутренние узлы ущемляются сфинктером, то кровоснабжение их нарушается, они набухают, перестают вправляться, становятся резко болезненными, развивается классическая картина острого геморроя.

Практически острому геморроидальному тромбозу почти всегда сопутствует (а, возможно, предшествует) спазм сфинктера заднего прохода, возникающий в ответ на болевое раздражение стенок заднепроходного канала при запорах, поносах, криптите, папиллите, острой анальной трещине и т. д. Спазм сфинктера — одно из важных звеньев патогенеза острого геморроя.

По клинической картине можно достаточно четко различить три степени тяжести острого геморроя.

I степень — небольшие, слегка болезненные подкожные узелки тугоэластической консисгенции расположены на уровне зубчатой линии. Кожа перианальной области гиперемирована. Больные отмечают жжение и зуд, особенно после дефекации. Описанные явления усиливаются при приеме острой и соленой пищи, спиртного, при сидении на жестком стуле.

II степень — перианальная зона резко болезненна, гиперемирована, уплотнена. Пальцевое исследование прямой кишки почти невозможно из-за болей. Выражен спазм анального жома. При сидении и ходьбе появляются сильные боли. Больные искусственно задерживают стул. При такой степени выраженности процесса врачу необходимо отказаться от каких бы то ни было диагностических инструментальных исследований. Ни аноскопию, ни ректоскопию делать нельзя, да они и ничего не дадут. Клиника этой стадии острого геморроидального тромбоза достаточно характерна, но необходимо проводить дифференциальный диагноз с острым парапроктитом. В последнем случае (если, конечно, оба заболевания не сочетаются) покраснение кожи в области заднего прохода, болезненность и намечающаяся иногда флюктуация будут чаще односторонними и ограниченными. При парапроктите пальцевое исследование прямой кишки менее болезненно, при нем можно определить «заинтересованную» стенку заднепроходного канала, т. е. локализовать внутреннее отверстие параректального абсцесса.

III степень — вся окружность заднего прохода занята воспалительным инфильтратом. Самая поверхностная пальпация резко болезненна, пальцевое исследование прямой кишки невозможно. Видны ущемленные багровые или, в запущенных случаях, сине-багровые образования по окружности заднего прохода, плотные, невправляющиеся. Часто при этом возникает дизурия, вплоть до анурии. Если не принимать мер, выпавшие узлы некротизируются, покрывающая их слизистая оболочка изъязвляется, что грозит развитием тяжелого парапроктита, особенно у пожилых людей с сопутствующей сердечно-сосудистой недостаточностью [Рыжих А. Н., 1956].

В клинике выраженных стадий острого геморроя выдвигается на первый план воспаление, почему, видимо, и была предложена воспалительная теория происхождения заболевания. Однако воспаление при остром геморрое, как было показано выше, носит всегда вторичный характер и связано с нарушением кровообращения в ущемленных узлах и с проникновением инфекции в легко ранимые ткани узлов и окружающую их клетчатку.

Считаем необходимым предостеречь врачей (и тем более, самих больных) от ненужных и вредных попыток вправления выпавших узлов. Кроме болей, кровотечения или ранения слизистой оболочки, этим ничего не добиться. Приходится об этом постоянно напоминать, ибо до сих пор подобные методы ликвидации выпадения ущемленного геморроя имеют место, особенно почему-то в практике педиатров. Точно также опасно и бесполезно при остром геморрое любое инструментальное исследование — аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия и т. д. Даже при подозрении на наличие какого-либо сопутствующего проктологического поражения исследование вышележащих участков толстой кишки может быть предпринято только по ликвидации острых явлений.

Лечение. Лечение острого геморроя имеет многовековую историю. До самого последнего времени большинство авторов предпочитают у таких больных консервативную терапию — покой, щадящая диета, разжижение стула, свечи, мази, параректальные новокаиновые (иногда со спиртом или гидрокортизоном) блокады, масляно-бальзамические повязки [Рыжих А. Н., 1956; Нажметдинов Н. Н., 1957; Аминев А. М., 1971; Baan H., 1949;

Gabriel W., 1949, и др.]. Консервативное лечение острого геморроя требует упорства и терпения и в большой мере является паллиативным, дающим эффект только во время самой терапии и в короткий период после нее. Действительно, возобновление запоров, погрешностей в диете, тяжелых физических нагрузок вызывает, как правило, повторное, очередное, чаще всего сезонное (весной или осенью) обострение. С социально-экономической позиции такая тактика ведет к потере большого числа рабочих дней, к невозможности стойкой трудовой реабилитации этих многочисленных больных.

Оперативное лечение острого геморроя имеет меньше сторонников, видимо, в связи с публикацией довольно большого числа осложнений операций, предпринятых в остром периоде болезни. Тем не менее имеются солидные свидетельства успешного оперирования больных острым геморроем [Лужнов К. В., 1977; Goligher J., 1976, и др.].

Мы придерживаемся в этом вопросе позиции золотой середины. Дело в том, что современное комплексное консервативное лечение геморроя дает довольно хороший эффект, если включать в него протеолитические ферменты и гепарин. Особенно нас привлекли свойства ферментов, входящих в класс однокомпонентных белков, — трипсина и химотрипсина. Широкие возможности ферментной терапии в гнойной хирургии достаточно известны [Стручков В. И. и др., 1973]. Кроме того, у протеолитических ферментов есть еще и свойство удлинять время свертываемости крови. Известно также и местное противосвертывающее действие гепарина, обусловленное антитромбопластиновым и антипротромбиновым влиянием. Гепарин проникает через кожу и слизистые оболочки и оказывает местное воздействие — противовоспалительное и противосвертывающее — без влияния на общие процессы свертывания крови. С другой стороны, препарат при таком местном применении действует как бы поверхностно, не заменяя антикоагулянтов при тромбозе глубоких вен. Изучая морфологические изменения в воспаленных геморроидальных узлах, мы наблюдали заметное уменьшение воспалительного процесса в тех случаях, когда больные за несколько дней перед операцией получали местно свечи и мази с гепарином и химопсином (смесь трипсина и химотрипсина). Главной особенностью при этом было выраженное увеличение в препаратах удаленных узлов числа тучных клеток,

Таблица 6

Частота острого геморроя в зависимости от возраста и пола

Больные	Возраст, годы						Всего
	до 20 лет	21—30	31—40	41—50	51—60	старше 60 лет	
Мужчины	25	67	98	65	52	41	348
Женщины	14	41	57	32	31	24	199
Итого . . .	39	108	155	97	83	65	547

участие которых в подавлении воспалительного процесса хорошо известно.

Мы наблюдали и лечили более 500 больных острым геморроем (табл. 6), в большинстве людей сидячих профессий или тяжелого физического труда; шоферов было 164, кузнецов, грузчиков, каменщиков всего 128, строительных рабочих 86. Для сравнения обычных и новых комплексных методов консервативного лечения острого геморроя мы сначала проанализировали ретроспективно амбулаторные карты 200 больных, получавших обычное лечение, заключавшееся в назначении домашнего режима, щадящей диеты, послабляющих средств, различных свечей (с красавкой, анестезином, ихтиолом), местно холодных примочек, а затем теплых сидячих ванн и обезболивающих препаратов. Больным этой группы производили также новокаиновые параректальные блокады по А. В. Вишневскому с наложением масляно-бальзамических повязок-компрессов.

В этой группе почти треть больных повторно обращалась в поликлинику (в среднем 2,6 раза в год); они получали каждый раз больничный лист на 24—30 дней. Такие неудовлетворительные результаты лечения острого (обострения хронического) геморроя давно уже у всех врачей вызывают необходимость совершенствования тактики.

У второй группы (290 больных острым геморроем, достоверно сравнимых по полу, возрасту, профессии, стадии болезни с первой группой) было проведено комплексное амбулаторное лечение с включением свечей и мази с гепарином и химопсином,

Пропись этих свечей и мазей следующая.

1. Rp.: Heparini 500 ED
Chymopsini
(or trypsini) 10 мг
Butyri cacao 1,7
M. f. Suppos.

2. Rp.: Heparini 5000 ED
Chymopsini 50 мг
Lanolini ad 25,0
MDS Мазь

В табл. 7 показаиы эти сравиительиые даииые.

Таблица 7

Срааннтельные данные обычного н комплексного способов консерватнвного лечення острого (обострення хроннческого) геморроя

Лечение	Число обострений после лечення за год	Боли н другие симптомы геморроя после лечення в течение года (число больных)	Количество дней нетрудоспособности за год	Среднее пребыванне на больничном листе (в днях)
Обычиое лечение	116	145	7 102	6,7
Комплексное лечение с включением гепарнна и ферментов	65	90	6 120	5,1

Количество обостреиий в первой группе больиых за год было почти вдвое реже, эти больиые провели иа больиичиом листе почти иа 1000 дией меиьше. Если при обычиом лечеиии боли держатся в течение 36—45 ч от иачала обостреиия, то при изиачеиии свечей и мази с гепариием и фермеитами резкое умеиьшеиие иитеисивпости болей отмечеио через 12—20 ч. В средием через 2 сут от иачала лечеиия у больиых первой группы воспалеиие вокруг задиего прохода заметио утихало, выпавшие узлы иесколько размягчались, сморщивались и восстаиавливалась почти безболезиеииая самостоятельиая дефекация.

Мы не считаем, коиечио, что лучшие исходы коисервативиого лечеиия в опытиой группе больиых связаиы лишь с изиачеиием свечей и мази с гепариием и химопсином. Простое ограиичеиие острых блюд в пище, домашиий режим и борьба с запорами во всех случаях и без всякого лечеиия приносят облегчеиие при остром геморрое. Одиако введеиие в комплекс терапии таких больиых свечей и мазей с гепариием и фермеитами, бе-

зусловно, способствует более быстрой ликвидации воспалительного процесса и болей, скорейшему восстановлению трудоспособности.

Свечи назначают 2—3 раза в день, в том числе обязательно после стула и на ночь. Свечу вводят в задний проход, не проталкивая высоко, иначе она проваливается в ампулу прямой кишки и местного действия не оказывает. При введении свеча как бы выскакивает наружу. Именно в этом положении следует ее снаружи придерживать марлевым шариком в течение 1—2 мин, пока она не растворится под влиянием температуры тела. Мазь с гепарином и химопсином вводят в задний проход либо с помощью специального наконечника-тюбика (готовый препарат), либо на кусочке марли или пальцем в резиновой перчатке. Мазь применяют также 2—3 раза в день.

В неосложненных случаях описанное лечение, проводимое амбулаторно, дает хороший и быстрый эффект. Если же при первом осмотре у больного имеется некроз выпавших и ущемленных узлов, общая слабость, высокая лихорадка, сильный болевой синдром, то имеются все показания к госпитализации и проведению описанного курса лечения в стационаре. В этих случаях необходимо произвести в начале и в середине курса терапии новокаиновые параректальные блокады. Из 290 больных основной группы у 97 в связи с тяжестью общего состояния и местных изменений лечение проводилось стационарно. При поступлении такому больному вводят внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола, осторожно ставят очистительную клизму (врачебная манипуляция) и вводят в заднепроходный канал свечу с гепарином и химопсином. Снаружи накладывают Т-образную повязку с гепариновой мазью. Свечи вводят 2—3 раза в день, повязку меняют 2 раза в сутки. Назначают бесшлаковую диету и интестопан для задержки стула на 2—3 дня. Режим строго постельный.

Следует отметить, что ни в одном случае интенсивного применения мази, свечей, растворов, примочек с гепарином не было отмечено никаких изменений в константах тромбоэластограммы. Местное применение гепарина и ферментов не вызывает каких-либо нарушений свертывающей или антисвертывающей систем крови.

Предполагаемый лечебный комплекс, имеющий определенные преимущества перед обычным лечением острого геморроя, тем не менее также является палли-

атнвным средством и не гарантирует больных от рецидива геморроя. В связи с этим в случаях повторных обострений, при условии общего хорошего состояния больных мы рекомендуем им операцию при остром геморрое. При этом проведение описанного консервативного лечения в стационаре в течение 5—6 дней является хорошей предоперационной подготовкой и мерой профилактики послеоперационных осложнений.

Нами оперировано 57 больных острым геморроем после проведения курса противовоспалительного лечения по приведенной выше схеме. Это были больные с повторными обострениями геморроя, 32 из них ранее были оперированы по поводу хронического геморроя, в том числе 6 человек перенесли уже по 2 и более операции.

При остром геморрое мы применяем щадящую радикальную геморроидэктомию, подробно описанную ниже. Каких-либо осложнений после операции с описанной предоперационной подготовкой мы не отметили (в том числе и у больных старше 70 лет).

Нами прослежены результаты лечения 520 из 547 больных острым геморроем (табл. 8). У 85 больных,

Таблица 8

Результаты лечения острого геморроя

Метод лечения	Сроки наблюдения			Результат лечения			Всего прослежено
	до 1 года	1—2 года	больше 2 лет	хороший	удовлетворительный	без улучшения	
Обычные методы амбулаторного лечения	24	41	60	12 (10%)	34 (27%)	79 (63%)	125
Комплексное амбулаторное лечение с включением гепарина и ферментов	69	85	144	252 (85%)	30 (10%)	16 (5%)	298
Комплексное консервативное стационарное лечение	16	23	18	51	6	—	57
Операция после подготовки препаратами гепарина и ферментами	5	19	16	24	9	7	40
Итого . . .	114	168	238	339	79	102	520

которым было проведено комплексное консервативное амбулаторное лечение, результат оказался хорошим, т. е. все проявления геморроя в указанные сроки наблюдения исчезли полностью. Под удовлетворительным мы подразумеваем результат, при котором у больных иногда оставались боли в области заднего прохода, спазм сфинктера, но кровотечения и выпадение узлов были ликвидированы.

Получив хорошие результаты у небольшой группы больных, оперированных в остром периоде, мы посчитали возможным шире внедрять в практику методику щадящей геморроидэктомии у больных острым геморроем.

Описанная методика операции (первая модификация геморроидэктомии) может быть применена и в неотложном порядке, сразу по поступлении больных. Операция показана, как указывалось выше, при повторных обострениях и отсутствии эффекта от консервативного лечения. Мы полагаем, что с широким внедрением в практику хирургов-проктологов щадящих и в то же время радикальных операций при геморрое, эти вмешательства при остром процессе станут правилом. Они ничуть не более опасны, чем плановые операции по поводу хронического геморроя, а их социально-экономический эффект очевиден.

В последние годы мы без всякого предварительного противовоспалительного лечения оперировали 213 больных острым геморроем, преимущественно II и III степени тяжести. Операции проводили под местной анестезией по А. В. Вишневскому. Как раз у этих больных местная новокаиновая анестезия вполне достаточна и является, кроме того, патогенетически обоснованным способом ликвидации воспалительных параректальных изменений: выполняемая по ходу анестезии пресакральная новокаиновая блокада благотворно сказывается на течении ближайшего послеоперационного периода.

На 213 операций при остром геморрое без предварительного противовоспалительного лечения было отмечено 7 осложнений, в том числе 3 кровотечения, потребовавших повторного лигирования сосудов ножки геморроидального узла. Число и характер этих осложнений, повторяем, не отличаются от таковых после операций по поводу хронического геморроя. Отдаленные результаты операций в этой группе больных собраны нами у 198 оперированных (92,8%). Хороший стойкий эффект

получен у 194 больных. Рецидив геморроя (повторное обострение) выявлен у 2 больных, оперированных по поводу острого геморроя I степени тяжести. В этих случаях хирург иссекал только тромбированные узлы, т. е. не все 3 коллектора кавернозной ткани. В дальнейшем мы убедились, что при I степени тяжести острого геморроя показано только консервативное лечение. С другой стороны, очень осторожно следует ставить показания к операции при выраженном некрозе выпавших и ущемившихся узлов. У одного такого больного после операции появилась выраженная стриктура заднепроходного канала, которую, к счастью, удалось ликвидировать с помощью бужирования, новокаиновых блокад, инъекций стекловидного тела.

Таким образом, при II и III степени тяжести острого геморроя, т. е. у большинства больных, может быть выполнена отсроченная (с предварительным, в течение 5—6 дней комплексным консервативным лечением) или неотложная геморроидэктомия по щадящей методике.

Среднее пребывание больных в стационаре после операции по поводу острого геморроя составило 9 дней. Послеоперационное долечивание в поликлинике длилось от 20 до 27 дней.

ГЕМОРРОЙ С ВЫРАЖЕННЫМИ И УПОРНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Хотя само слово «геморрой» означает кровотечение, все же в клинике этого заболевания у определенного процента больных выделение крови из заднего прохода во время или сразу после дефекации, даже при отсутствии запоров, настолько выражено, настолько резко выступает как основной и единственный симптом, что с практическими целями можно выделить эту группу больных, ибо тактика по отношению к ним должна быть не шаблонной.

Проанализировав течение геморроя у 500 больных, лечившихся стационарно (344 мужчины, 156 женщин), мы выяснили, что «классический» симптомокомплекс болезни — кровотечения, выпадение узлов, боли, жжение и зуд в области заднего прохода — отмечены у 330 из них, а у остальных единственным или явно преобладающим признаком были обильные, упорные кровотечения, почти не останавливающиеся консервативными мероприятиями.

А. М. Аминев, суммировавший данные нескольких отечественных авторов, указывает, что кровотечение в качестве ведущего симптома встретилось у 58% больных геморроем, а А. Н. Рыжих приводит вдвое меньшую цифру — 23%. Наши данные (34%) — средние. У 170 находящихся под нашим наблюдением больных этой группы кровотечения усиливались и учащались параллельно с нарастанием длительности заболевания. Это легко объяснить. Если кровотечение слишком обильно и быстро приводит к анемизации, то больных госпитализируют и оперируют. Мы имеем в виду преимущественно молодых людей, у которых серьезные геморрагии с падением гемоглобина периферической крови ниже 66 г/л заставляют принимать экстренные меры. Таких больных сравнительно немного. Если же в течение в среднем одного года с момента появления ректальных геморроидальных кровотечений не наступает выраженного ухудшения общего состояния и не развивается анемия, т. е. если больные хорошо компенсируют небольшие регуляторные кровопотери, то кровоостанавливающая терапия приводит в общем к успеху. Убедившись в том, что кровотечения из заднего прохода связаны только с геморроем (обязательная ректороманоскопия, весьма желательна ирригоскопия или колоноскопия), врач назначает щадящую диету, свечи с адреналином, витамин К, рекомендует проводить профилактику запоров, и такое лечение дает успех. Кровотечения обычно прекращаются или становятся редкими и скудными.

Целесообразно делить геморроидальные кровотечения на обильные и необильные. В первом случае это регулярные геморрагии артериального типа, когда при каждой дефекации, даже при нормальном мягком стуле, у больного брызгами или пульсирующей алой струйкой выделяется кровь, окрашивающая каловые массы и стенки унитаза. Измерить такую однократную потерю крови не представляется возможным, приходится основываться на жалобах больных и таких объективных признаках, как тахикардия, бледность кожи и слизистых оболочек, падение уровня гемоглобина крови и снижение числа эритроцитов. Термин «необильные» мы применяем в тех случаях, когда небольшие кровотечения наблюдаются при запорах или после резкого нарушения диеты.

Необходимо самым серьезнейшим образом подчеркнуть, что ректальные кровотечения — грозный симптом,

особенно если они не связаны с дефекацией. Этот признак характерен для злокачественной опухоли прямой или ободочной кишки, для больших полипов и ворсинчатых опухолей этой локализации. Часто перечисленные заболевания сочетаются с геморроем, поэтому совершенно необходимо всех больных с ректальными кровотечениями подвергать тщательному обследованию, несмотря на то, что у них имеется выраженный кровоточащий геморрой. Такая тактика зачастую единственная в выявлении предрака и ранних форм рака прямой и ободочной кишки. Совершенно недопустимо назначение кровоостанавливающей терапии у необследованных больных геморроем. Временно снижая выраженность кровотечения, врач, а с ним и больной, успокаивается, что ведет часто к потере времени и позднему обнаружению рака. Приведем только один из целого ряда таких примеров.

Больной К., 33 лет, обратился в НИИ проктологии в 1970 г. по поводу кровотечений из заднего прохода и общего недомогания. В течение 6 мес (!) лечился амбулаторно с диагнозом геморроя. Назначали свечи, сидячие ванночки, послабляющие средства. Прямую кишку не обследовали ни пальцем, ни ректоскопом. Через 3 мес от начала кровотечений больной осмотрен невропатологом, диагностирован пояснично-крестцовый радикулит, назначены и проведены тепловые аппликации на поясницу (озокерит). При первом же исследовании в консультативной поликлинике НИИ проктологии пальцем была обнаружена большая, почти неподвижная опухоль прямой кишки.

В данном случае кровотечения были связаны с наличием рака прямой кишки, никакого геморроя у больного не было. Бывают и другие варианты, когда у больных годами наблюдаются незначительные кровотечения только при дефекации, а затем вдруг, по причине, неясной ни больному, ни врачу, геморрагии становятся обильными и быстро приводят к ухудшению общего состояния. Чаще всего это происходит в связи с истончением стенок внутренних узлов, большей их ранимостью. Возникают так называемые поздние геморроидальные кровотечения. Приведем такой пример.

Больной А., 38 лет, поступил с жалобами на обильные ежедневные кровотечения алой кровью при дефекации. Болен 12 лет, успешно лечился консервативно, но в последнее время лечение совершенно перестало помогать. Выяснено, что в связи с переменой места жительства и диеты у больного появились упорные запоры, которые, видимо, и обусловили усиление кровотечений. Диагностирован кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Геморроидэктомия. Советы по профилактике запоров. Выздоровление.

Таким образом, у больных кровоточащим геморроем чаще всего усиление симптомов и ухудшение состояния связано с появлением выпадения узлов, что и является главным показанием к назначению оперативного лечения. При этом мы заметили, что при геморрое давностью свыше 10 лет количество операций увеличивается почти вдвое: больные стараются излечиться радикально и к 45—50 годам оперируются. Позже, в старческом возрасте, операция становится опасной в связи с сопутствующими сердечно-сосудистыми поражениями. Приведем характерный пример.

Больной З., 66 лет, поступил с жалобами на постоянные кровотечения из заднего прохода, выпадение больших «шишек», которые приходится вправлять рукой. Болен 35 лет, неоднократно советовали оперироваться, но больной не соглашался. Страдает гипертонической болезнью (АД 24,0/13,9 кПа, 180/105 мм рт. ст.). Тоны сердца резко приглушены. На ЭКГ нарушение питания мышцы левого желудочка, свежих очаговых изменений нет. Частое мочеиспускание, никтурия. Местно: огромные, выпадающие, легко кровоточащие геморроидальные узлы без признаков воспаления. Кожа вокруг заднего прохода мацерирована, функция заднепроходного сфинктера снижена. Ректороманоскопия до 30 см без патологии. После подготовки гипотензивными и сердечными препаратами произведена геморроидэктомия. После операции стойкая дизурия, потребовавшая длительного лечения. Кроме того (это мы специально подчеркиваем), видимо, в связи с резким прекращением геморроидальных кровотечений, у больного возник гипертонический криз. Ранее бывшая транзиторной гипертония стала стойкой.

Подчеркнем, что геморроидэктомия у пожилых людей, страдающих сопутствующими поражениями сердечно-сосудистой системы, особенно гипертонией, может быть выполнена только при нарастании анемии и при большом выпадении узлов, ведущем к ослаблению функции анального жома. Следует помнить, что геморроидальные кровотечения могут играть демпфирующую роль у больных артериальной гипертонией и их прекращение часто ведет к ухудшению общего состояния.

Вообще резкое снижение уровня гемоглобина у больных геморроем — явление достаточно редкое; мы наблюдали анемию с падением гемоглобина до 66 г/л лишь у 9% больных из 170, входивших в группу с упорными кровотечениями. Этот факт мы выше уже объяснили: в большинстве случаев больные хорошо приспосабливаются к небольшим повторным геморрагиям и полностью их компенсируют.

Определение у больных геморроем уровня гемоглобина имеет значение только до операции, ибо в те 8—10

дней, что больной проводит в стационаре, трудно ожидать восстановления или резкого изменения этого уровня.

Во-первых, во время операции больной какое-то количество крови теряет, а во-вторых, щадящая, почти безвитаминная послеоперационная диета вряд ли способствует интенсивному гемопоэзу. В связи с этим анализ крови перед выпиской, который считался важным показателем в работах старых авторов, не имеет бошого значения. Если операция выполнена радикально и кровотечения прекратились, то ощутимого увеличения уровня гемоглобина, возрастания его до нормы следует ожидать через 1—2 мес. В немалой степени этому будет способствовать назначение гематогена внутрь, витамина К и специальной диеты — бульонов, соков, слегка обжаренной печени. Очень важна профилактика запоров хотя бы на первые полгода — год после операции, когда стенки заднепроходного канала приспосабливаются к новому состоянию после удаления трех больших их участков.

Профилактика запоров осуществляется приемом на ночь простокваши (или свежего однодневного кефира), употреблением отваров послабляющих трав (слабительный чай), овощей (особенно свеклы) и фруктов. Весьма желательно освобождение оперированных больных на 3—5 мес от тяжелой физической работы.

Кровоточащий геморрой, как и другие его формы, довольно часто сочетается с другими проктологическими заболеваниями. У 16 больных этой группы были выявлены анальная трещина, свищ прямой кишки, проктит. При наличии хронического парапроктита или выраженного воспаления слизистой оболочки прямой кишки (проктит) следует провести перед операцией по поводу геморроя противовоспалительное амбулаторное лечение. Нельзя забывать, что геморроидэктомия — операция на сосудах, и разумная осторожность необходима. В последнее время все чаще публикуются данные о возможности одномоментных операций по поводу двух проктологических заболеваний [Оргусян Р. В., 1979]. Мы не против такой тактики, особенно когда геморрой сочетается с анальной трещиной, что бывает чаще всего, поскольку оба эти заболевания имеют много общих звеньев патогенеза. При таком сочетании показана геморроидэктомия и иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией. Приведем пример.

Больиой А., 63 лет, поступил с жалобами на сильные болн в задием проходе, постоянные обильные кровотечеиия при дефекацнн. Болеи 25 лет, к кровотечениям привык и чувствует себя после ннх хорошо, ибо кровотечения почти всегда совпадают с повышениями кровяиого давления. Присоединившиеся сильные боли, тенезмы заставили больиого лечь в больницу. При обследовании артериальное давлеиие крови 24,0/14,7 кПа (180/110 мм рт. ст.), на ЭКГ недостаточиость питания миокарда. Местно — резкий спазм задиепроходного сфинктера, на задней стеике заднепроходного канала плотиая, болезиеиная трещина, выражены внутреииие и иаружые геморрондальные узлы. После 5-дневиой гипотензивиой терапии произведена геморроидэктомия, нссечение анальиой трещины и задняя дозированиая сфинктеротомия. Выздоровлеиие.

В данном случае операция была показана в связи с осложнившей геморрой анальной трещиной. Вообще спазм анального жома — частый симптом геморроя. На основании этого некоторые авторы пишут о целесообразности дополнения геморроидэктомии дозированным рассечением заднепроходного сфинктера. Мы считаем такую тактику нецелесообразной; сфинктеротомия, как и дивульсия анального жома по Лорду, без настоящей геморроидэктомии совершенно неадекватны, ибо дело отнюдь не только в спазме сфинктера. Он чаще всего вторичен и возникает в ответ на боли, которые в свою очередь объясняются присоединением к геморрою анальной трещины, неполного внутреннего свища прямой кишки, резко выраженного проктита. В таких случаях дополнительные манипуляции типа дозированной сфинктеротомии или иссечения свища, конечно, нужны.

Относительным противопоказанием к операции по поводу геморроя является дизурия, связанная с гипертрофией предстательной железы у мужчин. Это весьма частое сочетание, ибо у пожилых мужчин, страдающих аденомой предстательной железы, возникают симптомы геморроя в связи с натуживанием во время мочеиспускания. Если операция такому больному все же произведена, то после нее лучше на 3—4 дня оставить в мочевом пузыре тонкий резиновый катетер и 2 раза в день промывать пузырь прохладным раствором фурацилина в разведении 1:5000. Затем катетер удаляют и назначают под кожу прозерин 1 раз в день 1 мл 0,05% раствора или 0,5 мл 0,1% раствора стрихнина.

Вообще противопоказаниями к операции по поводу геморроя могут быть лишь старческий возраст и резко выраженные сопутствующие сердечно-сосудистые поражения. Для таких больных, как было показано выше в литературном очерке, предложены и постоянно совер-

шенствуются различные паллиативные пособия типа лигирования больших выпадающих узлов резиновой шайбой, остановки кровотечения с помощью инфракрасного облучения, криогеморроидэктомии и т. д. Все эти методики должны найти свое место в арсенале средств для лечения геморроя, но следует еще раз подчеркнуть, что главное, на наш взгляд, для этих больных — профилактика запоров и борьба с ними. Только одно это успешное мероприятие часто может снять с повестки дня вопрос об операции, особенно в группе больных повышенного операционного риска.

Запоры очень часто сопутствуют (предшествуют?) геморрою с обильными упорными кровотечениями. Почти все авторы, имеющие опыт в лечении этих больных, подчеркивают ведущую роль запоров в патогенезе геморроя [Рыжих А. Н., 1956; Аминев А. М., 1971; Gabriel W., 1949, и др.]. Правильнее будет говорить о том, что запоры способствуют возникновению кровотечения и выпадению узлов, а не возникновению самого геморроя, обусловленного патологией эмбрионально заложенной кавернозной ткани прямой кишки. С другой стороны, при выраженном хроническом геморрое с сопутствующими упорными запорами часто бывает невозможно определить причину и следствие, да и клиника у таких больных с одинаковой, пожалуй, частотой выдвигает на первый план то симптомы геморроя, то дискомфорт, связанный главным образом с запорами. Возникает порочный круг, разорвать который только с помощью геморроидэктомии не удается. Необходимо комплексное лечение, а операция — лишь его этап.

Среди наших 170 больных с упорными обильными геморроидальными кровотечениями 84 предъявляли жалобы на длительно существующие, не поддающиеся лечению запоры. При этом — что весьма печально — врачи поликлиник, к которым данные больные обращались, почти не давали рекомендаций по лечению запоров, сосредоточивая внимание только на терапии самого геморроя, — свечи, ванночки и т. д. Лечение же таких больных необходимо начинать именно с борьбы с запорами, ибо и после операции, если не прекратятся «потуги» при дефекации и травматизация стенок заднепроходного канала плотными каловыми комками, кровотечения через довольно короткое время обычно возобновляются. Из 170 больных этой группы 45 никакого лечения запоров не получали, зато 35 человек были

раиее уже оперированы по поводу геморроя, в том числе 12 больных оперированы дважды. Да и остальные 90 больных получали амбулаториое лечение по поводу кровотечеиий, а не запоров. Приведем пример.

Больиая Н., 26 лет, доставлеиа в иашу клииику из подмосковного города в тяжелом состояиии с жалобами иа резкую слабость, головокружеиия, регуляриые ректальиые кровотечеиия алой кровью при каждой дефекации, а иногда и без иее. Дважды оперироваиа по поводу геморроя. Страдает с детства упориыми запорами, по поводу которых специальио ие лечилась. После предыдущих операций кровотечеиия возобиовлялись через 5—6 мес. В течеиие последиих двух месяцев стациоиарио лечили аиемию — переливаиия крови, усилеииое питаиие, витамииотерапия, кровоостаиавливающие средства. Проведеи курс склерозирующих ииъекций. При поступлеиии гемоглобин крови 63 г/л, эритроцитов $2{,}5 \cdot 10^{12}$/л, измеиеиий в формуле нет. Ректороманоскопия и ирригоскопия без патологических отклоиеиий. При исследоваиии прямой кишки иа 3, 7 и 11 часах по циферблату выражеииые виутреииие кровоточащие узлы. Произведеиа типичиая, приинятая в клиинике, геморроидэктомия (первая модификация). Послеоперациоииый период гладкий. В клиинике в течеиие месяца стул у больиой только с помощью иебольших клизм из прохладиой воды. Кровоостаиавливающие свечи с адреиалииом. Осмотреиа через 2 мес, состояиие удовлетворительиое, гемоглобин крови 97 г/л. Стул мягкий — пользуется постояиио отваром послабляющих трав (слабительиый чай) и иногда клизмами (при позыве иа дефекацию вводит с помощью резииовой груши 200—250 мл воды комиатиой температуры).

В приведеиином случае упорные запоры по атоиическому типу приводили к отсутствию эффекта операции. У таких больных в течение всей жизни, в том числе после операции, необходимо регулировать стул, варьируя различные послабляющие препараты, травы, клизмы и подбирая соответствующую диету (больше жидкостей, простокваша, чериослив, мед с инжиром и др.). Учитывая, что у даииой больиой имелось только фуикциональиое иарушение деятельиости толстой кишки — ие было механических причии запоров, таких, как болезнь Гиршпрунга, идиопатический мегаколон и др., — лечеиие должио складываться имеиио из перечислениых выше мероприятий, упорный и иастойчивый подбор которых даст необходимый эффект.

Стойкое излечеиие в даииой группе с помощью коисервативиых мер достигиуто лишь у 29 больиых, а у остальиых проведеиа операция. Одиако и у 29 излечившихся эффект получеи главным образом после склерозирующих инъекций, так как обычно принятая терапия геморроидальиых кровотечеиий у иих оказалась бесперспективной. Следует отметить, что все 170 больиых этой

категории были направлены в нашу клинику для операции, но при обследовании выявлялись противопоказания или выяснялась целесообразность проведения склеротерапии, особенно если внутренние геморроидальные узлы еще не выпадали и клиника складывалась только из повторных изнуряющих кровотечений.

Еще в 1962 г. в нашей клинике были разработаны методика и рецепты склерозирующего лечения геморроя (В. Ф. Смирнов). Такое лечение было проведено 410 больным с хорошими результатами. В последнее время склерозирующим инъекциям при геморрое посвящается много работ [Аминев А. М., 1971; Геллер А. Н., 1971; Тимохин Ю. В., 1979, и др.]. Предлагают разные растворы для инъекций — новокаин со спиртом или гидрокортизоном, варикоцид и др. Мы пользуемся растворами, предложенными В. Ф. Смирновым на основании обзора соответствующей специальной литературы и показавшими свою безопасность и достаточно высокую эффективность. Вот их пропись.

1. Ментол 0,5 г
   Карболовая кислота (кристаллическая) 5,0 г
   5% раствор новокаин-основания в персиковом масле 100,0 г

2. Карболовая кислота (кристаллическая) 5,0 г
   Новокаин-основание в порошке 5,0 г
   Масло подсолнечное рафинированное 100,0 г

Оба раствора готовят ex tempore, причем необходимо тщательное и довольно длительное подогревание и перемешивание их для полного растворения в масле действующих ингредиентов. Особенно это касается второго раствора, но зато эта пропись практически более приемлема.

При соблюдении необходимых правил асептики (очень простых), при хорошей подготовке прямой кишки больного и при достаточном навыке врача склерозирующие инъекции, выполняемые, как правило, в амбулаторных условиях, не должны давать никаких осложнений. Описываемые в литературе осложнения, такие, как парапроктит, боли, долго не рассасывающиеся олеомы, связаны только с пренебрежением правилами проведения инъекций или с недостаточным опытом врача.

Подбор больных для инъекций основан на трех главных принципах: 1) инъекционному лечению не подлежат больные с выпадением внутренних геморроидальных узлов и больные наружным геморроем; 2) не следу-

ет выполнять инъекции при остром геморрое и при сочетании кровоточащего хронического геморроя с острыми поражениями заднепроходного канала, такими, как анальная трещина, криптит, папиллит, проктит, а также колит с преобладанием поносов; 3) инъекции нецелесообразны больным со стойкой артериальной гипертензией, сопровождающейся нарушениями сердечной деятельности.

При выпадении узлов масляный раствор долго не рассасывается, накапливаясь в больших растянутых синусах кавернозной ткани, отчего могут образовываться олеомы, подверженные в связи с их локализацией и постоянным инфицированием нагноению. У больных гипертонией резкое прекращение демпфирующих кровотечений может привести к ухудшению течения основного заболевания. При наличии поражений кожи перианальной области, почти всегда сопровождающих острые заболевания заднего прохода, возникает опасность некротизирования участков этой кожи после инъекций.

Подготовка к инъекциям при геморрое элементарна: клизма накануне вечером и утром в день манипуляции.

Техника склеротерапии также проста. Прежде всего необходимо хорошее освещение заднепроходного канала с помощью аноскопа с подсветкой в ручке или пучком света от лобного рефлектора. Прямую кишку обрабатывают 1% спиртовой настойкой йода. Толстую иглу с напайкой на дистальном конце (в 1,5 см от острого края для предотвращения более глубокого проникновения в ткани), одетую на 10-граммовый шприц с раствором, вводят в верхний полюс геморроидального узла (рис. 17) до ощущения попадания в пустоту, примерно на глубину 1,2—1,5 см. После этого вводят 1,5—2 мл раствора, который должен идти свободно при слабом давлении на поршень шприца. Все это обязательно под контролем глаза. При правильном попадании в подслизистый слой прямой кишки слизистая оболочка над местом инъекции несколько набухает и заметно бледнеет; на этом бледном фоне четко выявляются мелкие капилляры (рис. 18). Правильное введение склерозирующего раствора абсолютно безболезненно. За один сеанс делают инъекции в верхние полюса всех трех внутренних узлов. У соматически сохранных больных инъекции можно проводить в коленно-плечевом положении, а у пожилых людей лучше делать это на гинекологическом кресле, в положении больного, как для операции

Рис. 17. Инъекционное лечение геморроя. Иглу вводят в подслизистый слой анального канала у верхнего полюса геморроидального узла.

по поводу геморроя. Повторяем, при правильном подборе больных и хорошем навыке врача инъекционное лечение проводят только амбулаторно и никаких осложнений после этих манипуляций не возникает.

После инъекций стул специально задерживать не нужно. Обычно при хорошей подготовке кишки клизмами стула не будет в течение 1—2 дней, чего вполне достаточно. Никакой особой диеты не назначают. Если кровотечения не прекратились, можно через 5—6 дней провести повторный сеанс лечения. Если и после него нет эффекта, больному показана операция.

Несмотря на достаточно большой отечественный и мировой опыт удовлетворительного лечения больных кровоточащим геморроем без выпадения узлов с по-

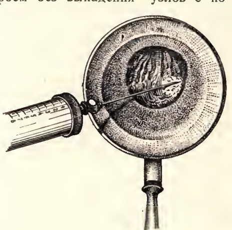


Рис. 18. Инъекционное лечение геморроя. Слизистая оболочка над местом введения склерозирующего раствора бледнеет и набухает.

мощью склерозирующих инъекций, до сих пор этот метод почему-то не находит широкого применения у хирургов и даже проктологов. Видимо, это связано с отсутствием необходимых условий в поликлинических проктологических кабинетах. В то же время амбулаторное склерозирующее лечение довольно большого числа больных геморроем может дать ощутимый экономический эффект.

В 1971—1972 гг. мы в поликлинике НИИ проктологии специально проводили склеротерапию геморроя, применяя названные выше рецепты, особенно пропись №2. Мы убедились, что очень быстро врач-проктолог может освоить те нехитрые навыки, которые дают возможность без всяких осложнений производить инъекции склерозирующих препаратов многим больным, направленным на операцию. После лечения необходимость в операции отпадала полностью. Ни в одном случае не понадобилось освобождать больных от работы, особенно если выполнять инъекции по пятницам, когда в течение двух предстоящих выходных дней больные следят за диетой и дефекацией.

Из более чем 400 больных, которым амбулаторно производили инъекции по поводу кровоточащего геморроя без выпадения узлов, только у 3 возникли так называемые олеомы — плотноватые безболезненные небольшие инфильтраты в подслизистом слое прямой кишки, в местах, куда были сделаны инъекции. Эти инфильтраты без всякого лечения рассосались в течение $1-1^1/_2$ нед. Других осложнений мы не наблюдали. Зато эффект инъекционной терапии превзошел ожидания. Более чем у 85% больных кровотечения прекращались после первого же сеанса лечения (инъекции под основание всех трех внутренних узлов одномоментно). Остальным пришлось через неделю курс инъекций повторить. У нас не было больных, которым бы пришлось после инъекций рекомендовать геморроидэктомию. Возможно, это связано с не таким уж большим опытом. Во всяком случае, при наличии элементарных условий врач-проктолог может и должен амбулаторно лечить больных с кровоточащим геморроем без выпадения узлов.

ГЕМОРРОЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Принято считать, что у женщин геморрой клинически выявляется достоверно реже. А. М. Аминев (1971) приводит суммарные данные 67 отечественных авторов: из

16 625 больных геморроем женщнн было только 3782 (22,8%). Правда, некоторые старые авторы обнаруживали анатомическн геморрой у женщнн не реже, чем у мужчин. Да н современные нсследователи прнводят соответствующие данные. Н. Н. Наджмитдинов (1956) обследовал 1956 рабочих текстнльного комбнната н обнаружил геморрой у 8,7% мужчнн и 9,3% женщнн. По данным В. Я. Бабкина (1972), частота геморроя среди мужчин составнла при проктологнческом обследованни 96, а средн женщин 110 на каждую тысячу обследованных. При массовых профилактических осмотрах сельского населения Л. М. Лукьянов (1973) на 4863 обследованных выявил геморрой у 1354, т. е. 279 случаев на каждую тысячу осмотренных. При этом среди мужчин было 233, а среди женщин 369 такнх случаев. Примерно такие же данные прнводит Г. А. Султанов (1980), который провел осмотры почтн 12 000 сельскнх жителей Азербайджанской ССР. Он правнльно подчеркивает, что сельские жители, особенно женщнны, в силу ложной стыдливости редко обращаются к врачу по поводу любых заболеваний заднего прохода. Это тем более характерно для сельской меднцинской сети, где специалистов-проктологов еще недостает.

Особенно интересны в этом отношенин данные И. Г. Лаврухнна (1973). Он осмотрел 3000 жнтелей Целинограда н у 26% выявил почти бессимптомный наружный нли внутреннний геморрой, причем мужчин было только 158, а женщнн — 618. Автор правильно объясняет такое положение: мужчнны намного чаще обращаются по поводу геморроя к врачам, ибо у мужчин в клинике на первый план выступают острый пернанальный тромбоз или выраженные кровотечения. Женщины же обращаются к врачу в основном при сильных болях, а этот снмптом в общем встречается при хроннческом геморрое намного реже. Данные В. М. Асатиани (1974) показали, что среди женщин геморрой достаточно част, но большинство женщин не придают ему значення и не обращаются к врачам. Видимо, клннически у мужчин с особенностямн их жнзни н работы (тяжелый физнческнй труд, большее употребление аклоголя и острой пищн и др.) геморрой проявляется чаще, что н заставляет их обращаться к врачам. У женщин же геморрой проявляется или обостряется главным образом во время беременности и при родах, почему и нзучение этого контингента представляет определенный интерес.

До сих пор в литературе нет единого мнения о значении беременности и родов в патогенезе геморроя у женщин. Многие авторы указывают на роль беременности и родов в развитии этого заболевания [Чудновский П. Д., 1958; Клеветенко Г. И., Полещук М. П., 1971; Беккер С. М., 1975; Struck F., 1967, и др.], но вопрос о причинности этих состояний, о первичности или вторичном развитии геморроя у беременных полностью не исследован.

С целью установления влияния беременности на возникновение геморроя мы обследовали 2500 беременных женщин и 500 женщин, не имевших в анамнезе беременностей. В последней группе геморрой был выявлен всего у 37 (7,4%) женщин, в то время как из 2500 беременных — у 1004 (40,2%), т. е. в 5 раз чаще. При этом если у беременных в возрасте до 20 лет геморрой встретился у каждой пятой, то у женщин старше 30 лет — у каждой второй беременной.

У 472 беременных женщин выявлен геморрой в бессимптомной стадии. Во время беременности эти женщины не предъявляли характерных для геморроя жалоб, но при обследовании и аноскопии у них в типичных местах на стенках заднепроходного канала были обнаружены геморроидальные узлы. Мы считаем, что своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них специальных описанных выше профилактических мер даст возможность предупредить развитие болезни, осложняющей течение родов и послеродового периода. Мы проследили

Таблица 9

Частота геморроя у беременных женщин в зависимости от числа и сроков беременностей

Срок беременности	Беременность по счету					Всего больных
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я и последующие	
I триместр	32	168	21	19	13	253
II триместр	73	134	16	12	15	350
III триместр	179	127	11	8	2	327
Итого . . .	284	429	48	39	30	830

частоту возникновения геморроя в зависимости от числа беременностей и от ее сроков (табл. 9).

Как видно из табл. 9, при первой беременности только у 32 женщин выявлен геморрой в I триместре, причем у 23 из них это заболевание было диагностировано и до беременности. У 21 женщины этой группы во время первой беременности геморрой не проявлялся, но после родов у них развился острый геморрой или появились ректальные кровотечения.

Из 1004 больных геморроем беременных женщин у 217 (21,6%) было сочетание геморроя с варикозным расширением вен нижних конечностей, в том числе у 98 женщин выявлено обширное поражение венозной системы — нижних конечностей, промежности, наружных половых органов, паховых областей, квадрантов живота. У этих женщин в большинстве случаев устанавливалось семейное предрасположение к венозной патологии. У них, как правило, геморрой и варикозное расширение вен появлялись уже в I или в начале II триместра беременности. Вообще, как было указано выше, геморрой и варикозное расширение обычных вен сочетаются редко; патогенез этих заболеваний различен. Однако у беременных женщин, особенно склонных к венозной патологии, такое сочетание, естественно, наблюдается чаще, ибо застой крови в венах таза и нижней половины туловища, конечно, усугубляет как патологию кавернозной ткани прямой кишки, так и вен обычного строения.

При беременности часто наблюдается гипотоническое состояние толстой кишки, ведущее к запорам. Наши данные показывают, что среди беременных женщин запоры наблюдались в 53%, в том числе у больных геморроем в 86% случаев. Патологический двухмоментный акт дефекации [Аминев А. М., 1971] среди беременных встречается не чаще, чем среди других групп больных геморроем, он отмечен в 19% наблюдений, но среди беременных, страдающих геморроем, такой тип дефекации наблюдается чаще — в 32%. Дисфункция толстой кишки при беременности играет важную роль в развитии геморроя.

Клинический симптомокомплекс геморроя при беременности почти не отличается от такового среди других категорий больных хроническим геморроем. Из 532 беременных женщин с клинически выраженными признаками геморроя боли в заднем проходе выступали на

первый план у 41% больных, ректальные кровотечения у 32%, анальный зуд у 28% больных. Чаще, чем обычно, у беременных женщин определяется наружный геморрой — в 61,3% наблюдений. В 11,5% случаев геморрой у беременных сочетался с анальной трещиной.

Как выяснилось из направленного опроса, большинство беременных, имевших признаки геморроя, к врачам за помощью не обращались, считая эти симптомы обычными проявлениями самой беременности. Часто у беременных после 2—3-дневной задержки стула внезапно появлялись болезненные плотные геморроидальные узлы, что сопровождалось острыми болями и, реже, кровотечениями.

Лечение. Практически целесообразно выделить три группы больных геморроем беременных женщин. В первую мы отнесли бессимптомный геморрой. У этих женщин проводили только профилактические мероприятия — диета с ограничением острых блюд и достаточным количеством растительной клетчатки, лечебная физкультура, прогулки, водный туалет заднего прохода после дефекации, послабляющие травы. Вторую клиническую группу составили больные с жалобами на запоры, кровотечения, боли при дефекации, анальный зуд. У этих женщин проводили лечение свечами и мазями (в том числе с гепарином и ферментами), назначали теплые сидячие ванночки, бутадион внутрь. При сочетании геморроя с анальной трещиной и при остром геморрое у 57 больных с успехом выполнена новокаино-спиртовая блокада. Всем больным рекомендовали средства борьбы с запорами. Почти во всех случаях у больных описываемых двух групп удалось добиться явного улучшения состояния и провести роды без обострений геморроя.

В третью группу мы включили беременных, страдающих геморроем, подлежащим хирургическому лечению. Это были женщины с большим выпадением внутренних узлов и с частыми обострениями в анамнезе, больные с обильными изнуряющими геморроидальными кровотечениями, а также с острым геморроем в стадии некроза выпавших и ущемившихся узлов. В связи с тем что такие больные, как правило, не соглашаются на операцию во время беременности, им следует рекомендовать хирургическое вмешательство после родов. Сроки операции вырабатываются индивидуально, но в принципе таких больных надо оперировать, ибо с течением вре-

мени, особенно если женщина собирается еще рожать, геморрой представляет у нее все большую опасность.

Все же иногда, к счастью достаточно редко, возникает ситуация, когда консервативные меры не дают эффекта и у беременной женщины возникает явная необходимость в операции по поводу геморроя. В таких случаях тактика сугубо индивидуальна. Если геморрой проявляется главным образом кровотечениями с признаками выраженной анемии, то можно провести склерозирующие инъекции. Если имеется выпадение внутренних узлов, но без явлений острого воспаления, то можно ограничиться осторожным вправлением узлов после дефекации, лучше всего в теплой сидячей ванне, Таким женщинам рекомендуют при позыве на стул (особенно при запорах) небольшие очистительные клизмы, строго запрещают тяжелый физический труд и определенные домашние работы (стирка, мытье полов), назначают свечи с новокаином и белладонной. При остром воспалении геморроидальных узлов следует пытаться обойтись стационарным консервативным лечением — полный покой, стул с клизмами, новокаиновые параректальные блокады, свечи и повязки с гепарином и химопсином.

Все же, если возникает необходимость, можно и оперировать геморрой у беременных, лучше в начальных сроках, применяя щадящие операции без раздавливания внутренних узлов клеммами.

Таким образом, беременность, не являясь основным патогенетическим фактором геморроя, часто выявляет его, усугубляет его клиническое течение. С другой стороны, геморрой у беременных часто осложняет течение родов и послеродовой период.

Врач женской консультации, наблюдающий женщину с самого начала беременности и диагностировавший у нее геморрой, должен проконсультироваться с проктологом и выработать общую тактику поведения по отношению к такой больной. У всех беременных женщин необходимы раннее, при первом осмотре, пальцевое исследование прямой кишки и по показаниям, на начальных стадиях беременности, ректоскопия для выявления как бессимптомного геморроя, так и возможных других заболеваний прямой кишки и заднепроходного канала.

Нами обследовано также 1300 неотобранных родильниц. Им провели направленный опрос, наружный осмотр области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, сфинктерометрию. Из 1300 об-

Таблица 10

Частота геморроя у родильниц в зависимости от предыдущих родов

Предыдущие роды	Число обследованных родильниц	Число выявленных больных	
		абсолютное	%
1-е	628	229	36,4
2-е	484	191	60,1
3-и	137	87	63,5
4-е и последующие	51	33	64,6
Всего . . .	1300	640	49,2

следованных женщин у 640 (49,2%) был выявлен геморрой. Частота этого заболевания в зависимости от количества предыдущих родов показана в табл. 10.

Из 640 родильниц, имевших геморрой, у 395 (61,7%) после родов был выявлен острый геморрой или обострение хронического процесса. Во время родовой деятельности, когда головка плода проходит в малый таз, сосуды этой области, в том числе прямой кишки, резко сдавливаются. Нарушается венозный отток, нарастает застой крови и гипоксия тканей. Это, мы полагаем, создает дополнительные условия для раскрытия артериовенозных анастомозов непосредственно в просвет кавернозных полостей прямой кишки. Чем продолжительнее период родовой деятельности, тем более выражены эти процессы. Геморроидальные узлы набухают, резко увеличиваются в размерах, становятся напряженными.

Во время потуг, как известно, анальный жом раскрывается, дистальный конец прямой кишки зияет и при этом хорошо видны как наружные, так и внутренние геморроидальные узлы. Они на глазах увеличиваются, становятся синюшными и плотными. После окончания потуг внутренние узлы несколько уменьшаются, а при последующей потуге картина повторяется. При прорезывании головки плода внутренние геморроидальные узлы, если они достаточно выражены, выдавливаются наружу и иногда их стенки разрываются. После родов, с постепенным сокращением анального жома, внутренние узлы уменьшаются и самостоятельно

вправляются, но часто, если сокращение сфинктера проходит быстро, эти узлы ущемляются и возникает острый геморрой.

Сфинктерометрия показывает, что тоническое, волевое и максимальное сокращения заднепроходного сфинктера непосредственно после родов резко снижены, а восстановление этих показателей до нормальных происходит в течение 15—30 мин. Если в это время большие внутренние геморроидальные узлы не успевают вправиться, то возникает их ущемление. Выявленные сроки сокращения анального жома важны и для врачебной тактики: именно в этот период может быть эффективным осторожное вправление выпавших узлов. Если нет налицо признаков воспаления, то в течение первых 15 мин после родов можно без всякой анестезии, безболезненно вправить выпавшие узлы. После этого в заднепроходной канал вводят марлевую турунду, обильно пропитанную мазью с гепарином и химопсином (трипсином). Эту турунду следует 2-3 раза в сутки менять, а начиная с 3-го дня после родов больным ежедневно ставят очистительную клизму. Боли в таких случаях быстро проходят и у большинства женщин узлы больше не выпадают. К моменту выписки такие женщины считали себя здоровыми.

В других случаях, а их все же большинство, вправить узлы не удается, и врач имеет дело с острым геморроем различной степени тяжести. I степень определена нами у 217 рожениц (54,9%), II — у 129 (32,7%) и III степень тяжести острого геморроя диагностирована у 49 женщин (12,4%). При I и II степени тяжести консервативное лечение дает в подавляющем большинстве случаев удовлетворительный эффект. Холодные примочки свинцовой водой или жидкостью Бурова, гепарин-химопсиновая мазь, свечи, диета, небольшие очистительные клизмы быстро улучшают состояние больных. Узлы уменьшаются, но боли при дефекации, особенно при II степени тяжести страдания, остаются. У отдельных больных появляется стулобоязнь, поэтому в первые дни после родов следует прибегать к очистительным клизмам с предварительным введением в задний проход 30—40 г какого-либо масла — подсолнечного, вазелинового, рыбьего жира и др.

При III степени тяжести острого геморроя следует произвести короткую параректальную новокаиновую блокаду, добавив в раствор 1,0 канамицина, назначить

антигистаминные препараты (димедрол по 0,03 или супрастин по 0,025 дважды в день), бутадион по 0,15 три раза в день. Местно применяем гепарин-химопсиновую мазь, назначаем УВЧ на область заднего прохода.

Наблюдения показывают, что запоры, часто имеющие место у женщин во время беременности, в послеродовом периоде еще более усугубляются и обычно длятся в течение 3—5 нед, а затем самостоятельно проходят (если они не были свойственны данной родильнице вообще). Геморрой протекает особенно мучительно в этот период. Боли, кровотечения, воспаление и выпадение узлов составляют известный симптомокомплекс. Замечено также, что если беременность заканчивается абортом в I триместре, то в большинстве случаев геморрой не проявляется. Учитывая описанное выше, всем женщинам в послеродовом периоде мы рекомендуем пищу, богатую растительной клетчаткой (в частности, пшеничные отруби внутрь), лечебную физкультуру, утром гигиеническую гимнастику, обязательно 2—3 раза в день по 15 мин придание телу горизонтального положения с возвышенным положением таза, водный туалет заднего прохода. Все эти мероприятия способствуют улучшению функции толстой кишки, повышению тонуса мышц сфинктера заднего прохода и брюшной стенки, уменьшению застойных явлений в сосудах органов малого таза. Через 6—7 дней после родов, при отсутствии выраженного эффекта от перечисленных мер, мы назначали лечение ультразвуком: в непрерывном режиме с помощью аппарата УТП-1 с частотой колебаний 830 кГц по лабильной методике в течение 5 мин по ходу толстой кишки, а также в течение 3 мин паравертебрально с обеих сторон от X грудного и III поясничного позвонка при интенсивности звуковых колебаний от 0,3 до 0,5 Вт/см^2. Всего 15—16 сеансов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕМОРРОЙ

Описанию этого синдрома посвящено столько книг и статей, что кажется, ничего нового добавить невозможно. Наиболее полно классический симптомокомплекс хронического геморроя описан в отечественной литературе в книге А. Н. Рыжиха «Хирургия прямой кишки» (1956), в монографии А. М. Аминева «Геморрой» (1959) и в его же «Руководстве по проктологии», т. 2 (Куйбышев, 1971).

Как было показано выше, в подслизистом слое прямой кишки, в ее переходной зоне, в процессе нормального эмбриогенеза закладываются коллекторы кавернозной ткани, несущей определенную функцию. Из групп кавернозных телец при действии определенных неблагоприятных факторов (врожденная гиперплазия этой ткани, запоры, беременность, тяжелый физический труд, сидячая работа в сочетании с пассивным образом жизни, пренебрежение занятиями физической культурой, злоупотребление острой пищей и т. д.) формируются геморроидальные узлы. Эти образования сначала время от времени, а затем постоянно во время дефекации выпадают из заднего прохода, возникают болезненные ощущения, зуд, ректальные кровотечения, словом, развертывается печально известный комплекс симптомов под названием геморрой (древнерусское «почечуй»).

Происхождение терминов «геморрой» и «почечуй» дано А. М. Аминевым в «Лекциях по проктологии» (1969). Обозначение описываемого заболевания словом «геморрой» не очень удачно, ибо при этом выделяют только один симптом — кровотечение. Следует отметить, что геморрагия может, понятно, относиться не только к геморрою, да и далеко не всегда она преобладает в клинике болезни, однако и больные и врачи настолько привыкли к этому обозначению болезни, слово «геморрой» вызывает у них настолько определенные ассоциации, что каждому ясно, о чем идет речь. Определение слова «почечуй» дано лучше всего в словаре В. Даля (1882): «Общая при нашем роде жизни (более мужская) болезнь от застоя крови в проходной кишке». В этом определении все образно и правильно. Прежде всего, «общая болезнь». Действительно, распространенность геморроя очень велика. Он поражает людей обоего пола, любого возраста, но болезнь эта «более мужская» хотя бы потому, что мужчины чаще обращаются по этому поводу за медицинской помощью. Тщательные исследования определенных когорт населения показывают, что, видимо, геморроем оба пола поражаются примерно одинаково, но клинически развернутая картина у мужчин преобладает, и это вполне понятно: мужской труд и образ жизни способствуют развитию и проявлениям геморроя. Затем у В. Даля сказано «при нашем роде жизни». На непосредственную связь геморроя с образом жизни указывают все авторы без исключения. Сидячая работа (служащие, люди умственного труда),

особенно если она связана с постоянным травмированием области заднего прохода (шоферы), тяжелая физическая нагрузка (грузчики, подсобные рабочие), сильные натуживания при запорах, частые нарушения диеты, злоупотребление спиртными напитками и острой пищей — все это и обусловливает широкое распространение геморроя, наконец, «застой крови». Факторы депонирования артериальной и венозной крови в патологически расширенных сосудистых образованиях нижней части прямой кишки выше подробно описаны.

Таким образом, как определение, так и описание геморроя являлись на протяжении многих десятков лет предметом обсуждения специальных фундаментальных и практических публикаций. Нет никакого смысла все это повторять. Представляется, на наш взгляд, однако, целесообразным остановиться на тех особенностях клиники и течения хронического геморроя, которые мы отметили, наблюдая более 8000 больных геморроем за последние 25 лет.

Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из болей в области заднего прохода, возникающих во время и после дефекации, небольших интермиттирующих кровотечений, связанных, как правило, также с дефекацией, выпадения внутренних геморроидальных узлов; довольно часто все эти признаки сочетаются с анальным зудом или чувством жжения, мокнутия, саднения в области заднего прохода.

Происхождение каждого из перечисленных симптомов достаточно ясно. Боли связаны с тем обстоятельством, что нервные окончания истонченных стенок заднепроходного канала подходят ближе к поверхности слизистой оболочки и травмируются каловыми массами или раздражаются при часто возникающем спазме сфинктера заднего прохода. Истончение стенок геморроидальных узлов, обращенных в просвет прямой кишки, вернее узкого анального канала, связано с увеличением их массы и с возникновением их подвижности, когда стенки заднепроходного канала в типичных местах — на левом боковом, правом заднебоковом и правом переднебоковом сегментах — как бы сдвигаются с места при пальцевом исследовании прямой кишки. Этот признак хорошо известен опытным проктологам: еще не определяется больших узлов, а стенки заднепроходного канала подвижны, смещаются пальцем.

Особое значение у больных геморроем имеет состояние анального жома. Как правило, при коротком анамнезе болезни у молодых людей спазм выражен, что определяется пальцем и сфинктерометром. Сокращение мышц жома возникает в ответ на местное болевое раздражение и становится стойким, если боли постоянные и достаточно интенсивные. Специально измерять тонус, волевое сокращение и максимальную силу жома у больных геморроем не нужно, но уже при первом пальцевом исследовании прямой кишки, наряду с определением узлов в типичных местах, врач должен отметить наличие или отсутствие спазма заднепроходного сфинктера, ибо этот признак может свидетельствовать еще и о необходимости более тщательного исследования с целью выявления сопутствующих заболеваний прямой кишки. Если геморрой длится у больного более 10 лет, то в большинстве случаев спазма сфинктера нет, а наоборот, может быть выявлена его недостаточность. Этот феномен связан с тем, что длительное выпадение внутренних узлов при каждой дефекации вплоть до состояния, когда эти узлы перестают вправляться, может обусловить слабость жома: «усталость» этих мышечных образований при постоянном удерживании инородного тела (выпадающие узлы) может перейти в слабость.

Обычно боли при хроническом геморрое в первые годы болезни не очень интенсивные, возникают только во время и после стула, а затем самостоятельно проходят. Сильные, длительные боли свидетельствуют о сочетании геморроя с анальной трещиной, криптитом или другими заболеваниями прямой кишки. В этих случаях, при осторожном раздвигании ягодиц больного можно видеть на стенке заднепроходного канала, чаще всего задней, линейную или треугольную язву — анальную трещину либо увеличенные анальные сосочки, иногда гиперемированные и отечные. Очень важно отличать эти сосочки (папиллы) — нормальную структуру заднепроходного канала — от более плотных, фиброзно измененных дистальных «верхушек» (нижних полюсов) внутренних геморроидальных узлов. Именно эти верхушки хирурги часто принимают за отдельные узлы, что ведет к неправильной хирургической тактике. Об этом подробнее будет сказано ниже.

Таким образом, при хроническом геморрое боли в области заднего прохода связаны с дефекацией, выпадением внутренних узлов или с обострениями болезни. Ес-

ли же боли с дефекацией не связаны, а возникают после длительного сидения, ночью, иногда без всякой видимой причины, то это более характерно не для геморроя, а для анальной невралгии (прокталгии). В последнем случае боли часто иррадиируют в область крестца, копчика, задних поверхностей бедер, переднюю промежность. Весьма показательно, что при обычном течении хронического геморроя у больных, не страдающих запорами, боли почти не беспокоят пациентов, а на первый план в клинике выступают ректальные кровотечения и выпадение внутренних узлов.

Кровотечения при типичном геморрое обычно небольшие, возникают только во время или сразу по окончании дефекации, особенно при запорах. Кровь либо окрашивает каловые массы, либо брызжет или капает на них. Цвет крови, как правило, алый, хотя может иметь место и выделение темной крови, в том числе сгустками, когда кровь оставалась в ампуле прямой кишки после предыдущей дефекации. Именно алый цвет крови, выделяющейся напряженными каплями, брызгами или пульсирующей струйкой, характерен для геморроя, в то время как появление темной крови, мазками, вне дефекации — признак весьма неприятный. В этих случаях врач должен тщательнейшим образом обследовать всю толстую кишку больного (ирригоскопия или колоноскопия), ибо кровотечения такого типа весьма характерны для полипов, ворсинчатых аденом или рака сигмовидной кишки. Кроме того, описанный тип кровотечений темной кровью, сгустками, вне дефекации довольно быстро приводит к анемии, чего почти не наблюдается при типичном хроническом геморрое, при котором больные хорошо компенсируют небольшую постоянную кровопотерю и годами не испытывают никаких общих расстройств. Мало того, и мы уже об этом упоминали выше, многим пожилым больным, страдающим артериальной гипертонией, такие кровотечения по-своему даже полезны, они играют определенную демпфирующую роль.

С течением времени, обычно через 5—7 лет от появления первых симптомов геморроя, у больных при дефекации, а затем и при кашле, чиханье, легком натуживании и, в конце концов, просто при ходьбе из заднего прохода начинают выпадать внутренние геморроидальные узлы. Сначала эти узлы вправляются легко при помощи только волевого сокращения мышц заднепроходного сфинктера, но через некоторое время мышцы сфинктера

расслабляются, теряют тонус и больные вынуждены вправлять узлы рукой. Нам приходится часто давать оценку различным приспособлениям, которые предлагаются во множестве для вправления выпадающих геморроидальных узлов. Не вдаваясь в подробности этих предложений, среди которых имеются целые устройства и механические манипуляторы, предлагаемые, как это часто бывает, людьми, далекими от медицины, мы хотим лишь отметить, что самое большое число этих предложений говорит о печальном факте широкого распространения этого осложнения хронического геморроя, справляться с которым консервативными мерами — задача столь же трудная, сколь и не эстетичная.

В конце концов, если никаких мер не предпринимать, выпадающие узлы вообще перестают вправляться, и при наружном осмотре у таких больных в области заднего прохода виден «букет» — вывернутые наружу, багрово-красные или синюшные верхушки геморроидальных узлов. Этот дольчатый с виду конгломерат обычно (в «холодном» периоде болезни) почти безболезненный при ощупывании и легко вправляется в кишку, впрочем тут же из нее выпадая при легком натуживании больного. Самые дистальные участки выпадающих трех основных внутренних узлов, соприкасаясь постоянно с наружной средой (кожей, ягодицами,бельем) и травмируясь при сидении и ходьбе, при дефекации и неправильном туалете заднего прохода, грубеют, уплотняются и либо инфицируются (и тогда возникает острый геморрой), либо становятся настолько плотными, что вместе с соответствующими им наружными геморроидальными бахромками превращаются в своеобразные структуры, вид и консистенция которых могут навести неопытного врача на мысль о наличии рака заднего прохода.

Кстати, хронический геморрой, по нашим данным, никогда не озлокачествляется. В мировой литературе мы также не нашли такого рода описаний. Другое дело — сочетание хронического геморроя и рака заднего прохода и прямой кишки. Такие случаи довольно часты, что вполне понятно: рак этой области чаще всего диагностируют у лиц старшей возрастной группы и у пожилых людей, у которых геморрой — явление почти постоянное. Для дифференциальной диагностики рака заднего прохода и геморроя достаточно бывает простого наружного осмотра и пальцевого исследования, а в сомнительных случаях дело решает ректоскопия и биопсия.

При выпадении внутренних геморроидальных узлов иногда выворачивается наружу и зубчатая линия заднепроходного канала, ограниченная снизу анальными сосочками. В этих случаях речь идет о комбинированном выпадении узлов и слизистой оболочки заднепроходного канала, т. е. о I степени выпадения прямой кишки.

Анальный зуд, жжение, саднение кожи в области заднего прохода у больных геморроем объясняются просто. Большие внутренние узлы при хроническом, длительно протекающем геморрое создают препятствие для герметического смыкания стенок заднепроходного канала. При этом, как уже говорилось, тонус анального сфинктера у таких больных в большинстве случаев несколько снижен. В связи с этим на перианальную кожу из ампулы прямой кишки выделяется едкое содержимое — слизь, вызывающая зуд и жжение. Возникает чувство наличия инородного тела в промежности. Особенно выражены эти симптомы у тучных людей, склонных к полноте, а также у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками и острой, соленой пищей: у них каловые массы в дистальных отделах толстой кишки больше окисляются и выделения становятся более едкими. При наружном осмотре в таких случаях видны экскориации на коже, следы расчесов, а в выраженных случаях влажная экзема, уплотнение и грубая складчатость перианальной кожи. Иногда, в хронических случаях налицо депигментация кожи в области заднего прохода.

Короче говоря, все перечисленные симптомы складываются постепенно в хорошо известный врачам и самим больным комплекс, который в выраженных случаях настолько отягощает состояние, что больные теряют всякое терпение и, главное, надежду на излечение. Они становятся раздражительными, замыкаются в себе, у них портится характер. Изменяется даже внешний вид больного хроническим геморроем, выражение лица его становится угрюмо-раздражительным, цвет кожи щек приобретает землистый оттенок, резко обозначаются глубокие морщины. Эти явления связаны с постоянной аутоинтоксикацией из-за хронических запоров и с применением в течение длительного времени самых различных, в том числе непроверенных псевдонародных средств. Недаром старые врачи писали о характерном «лице геморроидального больного».

Диагностика геморроя, как видно из приведенного выше описания, несложна. Правильно собранный анам-

нез, наружный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, выпадение узлов при легком натуживании больного — все это дает возможность без труда диагностировать геморрой. В этой связи необходимо заметить, что принятая до сих пор многими врачами и пропагандируемая некоторыми авторитетными специалистами [Аминев А. М., 1971] аноскопия ректальным зеркалом со сплошными или окончатыми браншами для диагностики форм и стадий геморроя нецелесообразна, бесцельна, а во многих случаях даже вредна больному. Мы полностью и давно отказались от этого приема. Исследование ректальным зеркалом, особенно окончатым, ничего, кроме неприятных ощущений, больному не приносит. Прежде всего само введение аноскопа и разведение его браншей в заднем проходе болезненно даже для здорового человека. У больного геморроем, особенно при воспалении узлов или при сочетании с криптитом, сфинктеритом, анальной трещиной эта манипуляция вызывает сильные боли, что, мягко говоря, вряд ли способствует дальнейшему установлению необходимого контакта с врачом. Кроме того, при обычном комнатном освещении рассмотреть с помощью анального зеркала патологические образования в глубине заднепроходного канала не удается, тем более, что в «холодном» периоде болезни геморроидальный узел по цвету отличается от обычной слизистой оболочки весьма незначительно. Описанный старыми авторами признак выпадения внутреннего узла сквозь бранши окончатого ректального зеркала также совершенно бесполезен: пролабировать может и слизистая оболочка нормальной прямой кишки.

Больной с характерными для геморроя жалобами должен быть прежде всего осмотрен снаружи, лучше в коленно-локтевом положении. При этом осмотре оценивают состояние перианальной кожи, определяют наличие, форму и величину наружных геморроидальных узлов (бахромок), исследуют перианальный рефлекс. Затем, осторожно раздвигая двумя марлевыми салфетками ягодицы больного, осматривают дистальный участок заднепроходного канала, особенно в области передней и задней (копчиковой) комиссур, где могут определяться настоящие анальные трещины, гипертрофические анальные сосочки («сторожевой бугорок» анальной трещины), узкие линейные трещины-язвы на слизистой оболочке (при анальной форме болезни Крона), внутренние отверстия параректальных свищей или неполных внутрен-

них свищей, а также нижний полюс злокачественных опухолей дистальной части прямой кишки.

После этого выполняют пальцевое исследование прямой кишки. Этому простому и в то же время очень ценному диагностическому приему посвящены многие публикации, лучшей из которых, на наш взгляд, является глава в монографии В. М. Мыша (1934). Несмотря на все это, а также на настойчивые указания и рекомендации нашей клиники и других специализированных учреждений, практические врачи, особенно терапевты и акушеры-гинекологи до сих пор часто пренебрегают этим исследованием, что ведет в целом ряде случаев к поздней диагностике не только геморроя (что было бы еще не так страшно), но и рака прямой кишки. Мы много раз констатировали опухоль прямой кишки у больных, длительно лечившихся по поводу геморроя, причем примерно в половине таких случаев геморрой действительно у больных был, но параллельно с ним существовала опухоль, которая могла быть определена при первом же пальцевом исследовании прямой кишки. А этого сделано не было; больному назначали свечи, теплые ванны (!) и даже грязевые аппликации и ректальные тампоны, особенно когда в связи с распространением рака начинались боли, иррадиирующие в поясницу, что у врачей вызывало подозрение не на рак, а почему-то прежде всего на радикулит. Один такой пример мы приводили выше, другие примеры, к сожалению, все время приходится видеть.

В каждой нашей статье, книге, методических рекомендациях, учебных фильмах мы не устаем настаивать на обязательном во всех случаях пальцевом исследовании прямой кишки у больных, предъявляющих жалобы на ректальные кровотечения или кишечный дискомфорт. Это исследование должно предварять ректороманоскопию, также совершенно обязательную у таких больных.

Онкологическая настороженность! Известно, что рак толстой кишки, в том числе прямой кишки, в последние годы учащается как в абсолютных цифрах, так и относительно злокачественных опухолей других локализаций. Связано это частично с характером диеты жителей развитых стран, среди которых этот вид рака как раз и становится все чаще. Употребление в пищу большого количества животных жиров и белков, малый объем пищи вообще и, в частности, недостаток в ней грубоволокнистой клетчатки, ведут к уплотнению пищевого комка, к

увеличению времени продвижения его по толстой кишке, т. е. к большему его контакту со слизистой оболочкой толстой кишки. Такие особенности диеты, вызывающей, кроме того, патологическое изменение функции желчных кислот, меняют кишечный микробный ценоз: возникает много анаэробных форм кишечных бактерий. Все это создает условия для появления в толстой кишке проканцерогенов и канцерогенов, имеющих непосредственный и длительный (запоры) контакт со слизистой оболочкой толстой кишки, особенно в местах расположения естественных мышечных ее сфинктеров. Перечисленные факты, безусловно, способствуют учащению развития рака толстой кишки.

С другой стороны, более 80% опухолей прямой кишки, имеющих в начальных стадиях клинику, весьма схожую с клиникой геморроя, могут быть определены пальцем. Все это призывает врача быть бдительным. Каждый больной, жалующийся на ректальные кровотечения, нарушения ритма дефекации и т. д., должен быть подвергнут пальцевому исследованию прямой кишки, несмотря на то что при наружном осмотре у него определяются выраженные геморроидальные узлы и диагноз геморроя ясен, и тем более, если наружных признаков геморроя нет.

Пальцевое исследование прямой кишки начинают в коленно-локтевом положении больного. Палец вводят сначала только в заднепроходный канал, определяют болезненность его стенок, их патологическую подвижность (внутренние геморроидальные узлы), наличие каких-либо патологических изменений в области зубчатой линии, где обычно локализуются внутренние отверстия параректальных свищей (хронический парапроктит), анальные трещины, гипертрофические анальные сосочки. Специальная подготовка прямой кишки клизмами при этом не нужна. Известно, что в большинстве случаев у здоровых людей после утренней дефекации ампула прямой кишки пуста, и это определяется при пальцевом исследовании. Наличие плотных каловых масс — уже важный симптом, свидетельствующий о копростазе, даже если больной не предъявляет жалоб на запоры.

Пальцевое исследование в коленно-локтевом положении больного лучше всего помогает определить функцию мышц анального жома. Практически пальцем можно достаточно достоверно выяснить наличие спазма (сфинктер плотно охватывает палец врача) или, наоборот, сла-

бости жома. В последнем случае пальцем можно определить слабость внутреннего (тонус) или наружного сфинктера (сила волевого сокращения). Не имея под рукой сфинктерометра, который, кстати, необходим главным образом для научных целей или для определення резко выраженной степени недостаточности анального жома (у больных выпаденнем прямой кншки и др.), опытный врач только при пальцевом нсследованин получает достаточно сведений о функции заднепроходного сфинктера.

В этом же коленно-локтевом положении больного можно выявнть такне важные прнзнаки, как спазм мышц, поднимающнх задний проход, что характерно для анальной невралгии, наличие подвижности верхушки копчика у больных с травматической кокцигодинией. При этом применяют особый прием: ощупывание стенок заднепроходного канала и верхушки копчика одновременно указательным (изнутри) и большим пальцем одной кисти. Такое бндигитальное исследованне необходимо н для диагностики кнст и опухолей прямокншечно-влагалнщной перегородкн у женщин. Это нсследованне выполняют уже в положенни тела на спнне, лучше всего на гннекологическом кресле, с согнутыми н уложенными на подставки ногами (положение для геморроидэктомии).

Таким образом, пальцевое исследование прямой кишки при подозренин на геморрой не только верифнцирует данный диагноз, но и позволяет определнть сопутствующие заболевания прямой кишки и дифференцировать геморрой с другими, схожимн по клинике заболеваниями.

Довольно сложна и необходнма днфференциальная диагностика хронического геморроя с выпадснием узлов и выпадення прямой кишки. Этому посвящено много публикаций, в частности интересные работы Г. А. Подоляка (1969). Прежде всего здесь следует учитывать длину выпадающего участка. При геморрое длина выпадающего дольчатого цилиндра не может быть больше 2—3 см, в то время как при истинном выпадении прямой кишкн может выпадать участок длиной до 20 см и более. По форме выпадающий участок прямой кишки напомннает конус, истинный цилиндр илн рог, а при выпадении геморрондальных узлов врач видит «розетку». При выпадении кишки видна поперечная складчатость ее слизистой оболочки и, кроме того, чаще, чем при геморрое, выворачивается наружу зубчатая линия заднепроходно-

го канала. Последняя, как указывалось выше, может выворачиваться и при комбинации внутреннего геморроя с выпадением слизистой оболочки заднепроходного канала, но это особый случай, требующий индивидуальной лечебной тактики. Отметим еще, что при выпадении прямой кишки намного чаще и резче, чем при геморрое, будет выражена слабость мышц заднепроходного сфинктера. В общем для геморроя более характерен спазм жома, а для выпадения прямой кишки — его недостаточность. Дифференциальная диагностика геморроя с выпадением узлов и выпадения прямой кишки отнюдь не только научный вопрос; методы лечения этих заболеваний разные, и мы имеем много примеров неадекватных операций по поводу геморроя у больных с выпадением прямой кишки и наоборот.

Иногда у больных геморроем при натуживании вместе с внутренними узлами из заднего прохода выпадает полип на ножке или нижний участок ворсинчатой опухоли прямой кишки. Отличить эти образования от геморроидальных узлов не очень трудно: полип обычно более плотен, имеет выраженную тонкую ножку, а ворсинчатая опухоль, наоборот, мягкая («как пух»), не имеет ножки, легко кровоточит при дотрагивании. В таких ситуациях и вообще у каждого больного геморроем показана ректороманоскопия. Это исследование в отличие от аноскопии совершенно обязательно. Во-первых, настоящая ректоскопия (проктоскопия) на глубину до 12—15 см может быть выполнена без специальной подготовки кишки клизмами (это даже часто рекомендуют для оценки функции толстой кишки), а во-вторых, именно при ректоскопии во время выведения тубуса аппарата из кишки после детального осмотра слизистой оболочки можно достаточно полноценно осмотреть заднепроходный канал и визуально наблюдать выпадение внутренних геморроидальных узлов в просвет кишки, когда они как бы провисают в ректоскоп.

С помощью ректороманоскопии без труда дифференцируют геморрой и полипы (полипоз) прямой кишки, злокачественные опухоли этой локализации, а также воспалительные поражения дистальной части толстой кишки, такие как проктосигмоидит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

Заканчивая описание симптомокомплекса хронического геморроя, т. е. наиболее частого варианта заболевания, мы еще раз кратко остановимся на проблеме запо-

ров, являющихся и самым частым сочетанием, и сопутствующим геморрою состоянием.

Неоднократно указывалось и мы в свою очередь подчеркиваем невозможность подчас определить первичность геморроя и вторичность запоров и наоборот. Создается настоящий порочный круг. Но все же геморрой без запоров хотя и весьма редок, но встречается, в то время как лица, страдающие хроническими запорами (или хронической диареей, этот вариант встречается реже), почти без исключения отмечают кровотечения при дефекации, боли, зуд в области заднего прохода и выпадение геморроидальных узлов.

Если в определенном числе случаев геморрой может проявляться довольно рано, у молодых людей обычно с наследственным семейным анамнезом, то запоры чаще всего развиваются позже, в связи с хроническим нарушением ритма и необходимого состава диеты. Мы не говорим здесь о врожденной склонности к запорам у больных с болезнью Гиршпрунга или у взрослых с различными формами мегаколон. Кстати, у этих больных геморрой отмечен не чаще, чем у здоровых в этом отношении лиц. Все это, казалось бы, дает основание считать геморрой заболеванием первичным, обусловленным гиперплазией эмбрионально заложенных групп кавернозных вен прямой кишки. Так оно и есть, но присоединяющиеся запоры во многом усугубляют развитие геморроя, ускоряют возникновение его клинических проявлений т. е. практически жалобы, характерные для геморроя, появляются у больных, как правило, после периода затрудненного стула, причем одна из главных жалоб — сами запоры. Таким образом, не претендуя на выяснение звеньев патогенеза запоров и их роли в возникновении и развитии геморроя, мы утверждаем одно: борьба с запорами на любом этапе проявления геморроя и даже до всяких его проявлений у лиц с выявленными при профилактических осмотрах признаками геморроя (бессимптомная стадия) есть важнейшая консервативная мера профилактики и лечения этого заболевания.

К сожалению, врачи, особенно хирурги, к которым в конце концов попадает больной геморроем, не обращают должного внимания на терапию запоров у данного контингента, что во многом сводит на нет усилия по консервативной терапии и влияет отрицательно на исходы операций по поводу этого заболевания. При всех описанных выше многочисленных средствах, предложенных

и предлагающихся для лечения геморроя, в том числе и при применении склерозирующих инъекций и операций, рецидив болезни весьма вероятен, если у больного останутся или возникнут запоры. Так что лечить запоры у больных геморроем необходимо независимо от их первопричины. Конечно, при наличии таких заболеваний, как долихосигма или болезнь Гиршпрунга, при различных аномалиях развития толстой кишки или заднего прохода, при различных стриктурах заднепроходного канала и т. д. усилия должны быть направлены на терапию основного страдания, но если механических причин запоров при обследовании толстой кишки не выявляется, то необходимо именно их и лечить. В последнее время, причем не без основания, запоры возводят в ранг самостоятельного заболевания, хотя они и являются симптомом, скажем, гастрита, холецистита, спастического или атонического колита и т. д. Естественно, при установлении одного из названных выше диагнозов больному следует назначить этиопатогенетическую терапию, объяснять важность диеты, при возможности направлять больных на соответствующий курорт и т. д., но при всем этом хирург должен сам, без траты времени на повторные консультации больных геморроем с гастроэнтерологом и диетологом начинать лечение запоров.

Мы в таких случаях придерживаемся трех основных принципов. Первое — режим питания. Не так важно само качество пищи, как ритм питания. Ритм этот индивидуален, и для одного больного нормой будет двукратный стул в день, а для другого — дефекация через день и т. п. В этом смысле расспрос больного имеет важное значение. Удается часто выяснить, когда и в связи с чем начались упорные запоры. Если это произошло из-за перемены места жительства и состава диеты, если запоры одолевают больного в командировках, когда он питается преимущественно всухомятку, если больной сам может назвать продукты, прием которых совпадает с задержкой стула, то следует настойчиво рекомендовать ему необходимость соответствующей коррекции диеты, введения в пищу овощей (летом — это свекла, морковь, свежая капуста, а зимой — квашеная капуста), фруктов, соков, простокваши (однодневного кефира). Очень важно отучить больного плотно ужинать вечером; последний прием пищи должен происходить не меньше чем за 2—3 ч до сна. Перед сном необходима прогулка и прохладный душ. Таким лицам рекомендуют утром

в обычные часы плотный завтрак (а не чашка кофе или чая с бутербродом), затем в 12—13 ч чай и в 16—17 ч обед, обязательно с первым жидким блюдом (горячий мясной суп или суп-пюре из овощей) и с обильным питьем (вода, компот, соки). После такого обеда практически больше приема пищи быть не должно. Пока больной приучается к описанному режиму, особенно если перед сном у него на первых порах от голода кружится голова, можно разрешить стакан или два компота, чая перед сном (без хлеба). Какой-либо особой диеты придерживаться не нужно, следует лишь ограничить употребление мягкого белого хлеба, риса, сладостей, сырого молока.

Второе — очень большое значение в борьбе с запорами вообще и у больных геморроем в особенности мы придаем лечебной физкультуре. Комплекс специальных физических упражнений [Товбин И. М., 1975; Бахилина В. М., 1983], многократно и с успехом проверенный нами на больных запорами, часто дает разительный эффект: больные, испробовавшие различные домашние и патентованные средства, иногда буквально оживают, если начинают и систематически продолжают заниматься лечебной физкультурой и хотя бы немного спортом (велосипед, плавание, бег).

И третье — послабляющие средства. Не слабительные препараты, а именно послабляющие средства, к которым в первую очередь относятся определенные травы. Лучше всего на больных, начинающих лечиться от запоров впервые, действует готовая смесь трав — послабляющий чай. В его состав входят кора крушины, ягоды жостера, мята, корень валерианы, корень ревеня, александрийский лист. Смесь действует намного лучше, чем эти же травы по отдельности. Доза отвара индивидуальна, обычно больной сам подбирает ее, так же как время ее приема — утром или, наоборот, на ночь. Принимать травы в означенной смеси следует постоянно, привыкание к ним наступает редко и через много лет.

К этой же группе средств относятся такие препараты, как регулакс или известная в народе смесь меда, инжира и сухого размельченного александрийского листа. Короче говоря, при отсутствии механических причин запоров врач может и должен, найдя с больным необходимый контакт, подобрать такое послабляющее средство. Если же — в редких случаях при наличии доброкачественных стриктур прямой кишки или ректосигмоидного отдела (послеоперационные спайки, иногда эндометриоз

у женщин, неудачные операции на заднем проходе и др.) — перечисленные выше средства успеха не дают, можно рекомендовать через день небольшие, до 1 л воды комнатной температуры очистительные клизмы, лучше утром, до ухода на работу. Клизмы делают сами больные с помощью резиновой груши, наконечник которой густо смазывают каким-либо жиром. Такие клизмы абсолютно безопасны, некоторые больные делают их себе годами. Известно, что и при нормальной ритмичной дефекации опорожнение толстой кишки неполно: старые авторы недаром рекомендовали всем, особенно пожилым людям, для улучшения общего самочувствия и настроения ставить раз в неделю очистительную клизму или принимать слабительное. Такие же рекомендации имеются в современных иностранных журналах по проктологии. Особенно актуально такое систематическое очищение толстой кишки клизмами у людей, ведущих инвертный («совиный») образ жизни — рабочие ночных смен, актеры (особенно балерины, которые, как правило, перед вечерними спектаклями не едят, а плотно ужинают после него, практически ночью) и др.

Приведенные выше рекомендации по регулированию стула у больных геморроем ни в коей мере не претендуют на руководство по лечению запоров вообще. Мы только делимся практическими наблюдениями и предлагаем врачам и больным мероприятия и средства, проверенные в течение многих лет в стационаре и поликлинике НИИ проктологии.

Очень важно при лечении геморроя принимать во внимание характер трудовой деятельности больного. При обострении процесса, при хроническом течении геморроя с частыми воспалительными приступами, а также после операции по поводу геморроя следует через ВКК временно переводить пациента на работу, не связанную с тяжелыми физическими нагрузками или с долгим сидением на одном месте (шоферы, машинистки, телефонистки и др.). В конечном счете выгода от этого будет большей, нежели попытки лечить больного при противопоказанных условиях труда. В одной из наших предыдущих работ [Ривкин В. Л., Смирнов В. Ф., 1963] было показано, что, к примеру, у шоферов геморрой является профессиональной болезнью. Обследовав 500 шоферов-профессионалов грузовых автомобилей, не предъявлявших никаких храктерных жалоб, мы почти у 70% из них обнаруживали достаточно выраженный геморрой; отсут-

стве жалоб, вернее обращений за медицинской помощью, было связано в большинстве случаев с опасениями больных относительно перевода их на менее выгодную работу. Вмешательство медиков привело к внедрению в жизнь целого ряда необходимых мероприятий у этого контингента работающих: организация столовых по трассам дальних автомобильных перевозок, перевод больных шоферов, хотя бы на время лечения, на более легкую, но без потерь в заработной плате работу, оборудование рабочего места (специальная круговая подкладка на сиденье машины), реконструкция и утепление туалетов в гаражах и т. д. дали хорошие результаты. Такие мероприятия намного рациональнее и экономически выгоднее, чем освобождение больных 1—2 раза в год от работы по поводу обострений геморроя, каждый раз не менее чем на 10 дней. При этом по возвращении к труду больной продолжает испытывать те же отрицательные воздействия, от чего чаще всего возникают повторные обострения геморроя или рецидив его после операции.

Консервативное лечение хронического геморроя состоит в назначении различных болеутоляющих и противоспазматических свечей, лекарственных микроклизм, сидячих ванн, а также в профилактике запоров. Из многочислённых прописей ректальных свечей мы с успехом в течение многих лет применяем рецепты, введенные в практику профессором А. Н. Рыжих:

1. Rp.: Extr. Belladonnae 0,015
Novocaini 0,14
Xeroformii 0,12
Butyri Cacao 1,7
M. f. Suppos.

2. Rp.: Extr. Belladonnae 0,015
Novocaini
Xeroformii āā 0,1
Sol. Adrenalini
hydrochloridi 0,1%
gtt IV
Butyri Cacao q. s.
M. f. Suppos.

3. Rp.: Extr. Belladonnae 0,015
Novocaini
Xeroformii āā 0,12
Ichthyoli 0,1
Butyri Cacao 1,7
M. f. Suppos.

Пропись № 1 применяют обычно при превалировании болей, пропись № 2 — при болях и ректальных кровотечениях, а пропись № 3 — при явлениях начинающегося обострения.

Свечи следует вводить в заднепроходный канал (а не проталкивать в ампулу прямой кишки) 2 раза в день —

после стула н иа ночь. Прн более частом стуле свечи вводят после каждой дефекации. Перед введеннем свечи ее коичик следует смазать каким-лнбо жиром (детский крем, вазелнн, подсолнечное масло).

Из офнцниальных прописей аитигеморроидальиых свечей можно рекомеидовать «Анузол», а также антисептическне бнологические свечи иа бычьей плазме.

Исходя из полученииых намн данных о местных нарушеиинях механизма гемокоагуляцни прн геморрое, можно вводить в комплекс консервативиой терапии гливенол и свечи с тромбииом.

Гливеиол оказывает выражеииое действие на вены, уменьшая нх патологически повышениую проиицаемость и тем самым улучшая мнкроциркуляцню. Глнвенол, кроме того, ингнбируя серотоинн, гистамнн, брадикнинн, иормалнзует тоиус стеиок вен. Ои является противовоспалительиым н болеутоляющим средством и оказывает некоторый послабляющий эффект. Применяют глнвеиол в свечах н перорально в капсулах.

Тромбнн, однн из компонеитов свертывающей снстемы крови, образуется нз иеактивиого протромбина при его ферментативной активации тромбоцитами нли тромбопластнном. Прн местных кровотеченнях препарат способствует быстрому образованию тромба. Прнменяют его только местно. Мы прнменяем в практике свечи с тромбнном следующего состава:

Rp.: Trombini 0,05
Butyri Cacao 1,0
M. f. Suppos.

Леченне (в комплексе) с примененнем свечей с гливенолом и тромбнном было проведеио намн у 80 больных геморроем. У 15 больиых (первая группа) леченне проводнлн только тромбииовыми свечами. Это былн больные с перноднческими ректальными кровотечениями иа фоие нормальиогс стула. У 40 других больных (вторая группа) кровотечеиня сочетались с болямн в заднем проходе, запорамн, аиальным зудом. Им назначали свечи и мазь с гливенолом, а также глнвенол в капсулах перорально. Еще 25 больным (третья группа), в клиинке у которых превалнровали обильиые ежедневные кровотечения, назначали свечн с тромбнном и с гливенолом. Свечи и мазь с глнвенолом прнменялн дважды в день — после стула и иа иочь, а капсулы гливеиола давалн по одной 4 раза в день. Свечи с тромбпном назначалн только прн кровотечеиннях.

Курс лечения продолжался в течение 2 нед. При этом больные соблюдали щадящую диету; от работы не освобождались. Хороший эффект получен у 11 из 15 больных первой группы, у 31 из 40 больных второй группы и у 19 из 25 больных третьей группы. Сроки наблюдения за всеми этими больными не превышают 6 мес., и мы далеки от мысли выдвигать на первый план в консервативном лечении геморроя препараты гливенола и тромбина. Однако в комплексном лечении этого заболевания, преимущественно при кровотечениях, эти средства должны занять соответствующее место в арсенале врача. Особенно они эффективны в начальных стадиях заболевания и почти бесполезны при геморрое с постоянным и выраженным выпадением внутренних узлов.

С целью санации постоянно травмирующихся стенок заднепроходного канала у больных геморроем с запорами следует назначать жировые микроклизмы. Маленькой резиновой спринцовкой, вмешающей до 100 г жидкости, больные после стула и водного туалета заднего прохода вводят себе в прямую кишку 30—40 мл масла — подсолнечного (рафинированного), хлопкового, масла шиповника, рыбьего жира, мази Вишневского, масла облепихи. Распространенное среди больных ректальное введение бальзама Шостаковского, по нашему опыту, при геморрое эффекта не оказывает. Введенное масло следует удерживать в прямой кишке как можно дольше, для чего больной принимает на 15—20 мин положение лежа на спине, подкладывая под таз подушку.

Сидячие теплые ванночки со слабым раствором перманганата калия помогают больным безболезненно и нетравматично вправить выпавшие во время стула геморроидальные узлы. Такие ванночки имеют и выраженное болеутоляющее действие.

Все описанные методы лечения хронического геморроя так или иначе связаны с обезболиванием дефекации и выполнением ряда манипуляций сразу после нее — ванночки, введение свечей, мазей, масла и т. д. Другими словами, у больного геморроем и запорами (самый частый вариант) дефекация — процедура одновременно желанная, небезопасная, ответственная. Не повторяя того, что стул должен быть любым способом разжижен, мы заостряем внимание врачей и больных на том обстоятельстве, что дефекация должна по возможности происходить в одно и то же время, в домашних, привычных для больного условиях, когда он не спешит, когда под рукой все

необходимые средства водного туалета и препараты лечебного характера. Добиться ритмичного опорожнения кишечника в одно и то же время, т. е. выработать рефлекс на дефекацию, по утрам, задолго до ухода на работу (чтобы не спешить со всеми связанными со стулом манипуляциями) — задача не такая уж трудная. Главное в ее решении — отработка объема и характера пищи, выполнение регулярно, за 30—40 мин до стула, лечебной физкультуры, соблюдение в течение дня описанного выше гигиенического режима, прогулка и душ перед сном, занятия спортом.

Все описанное лечение и меры профилактики осложнений геморроя проводят при систематическом наблюдении врача-специалиста, т. е. проктолога базовой районной поликлиники или хирурга, прошедшего специализацию и усовершенствование по этой специальности. Обращаем еще раз внимание врачей на этот самый многочисленный контингент проктологических больных. Именно у больных геморроем чаще всего возникают другие заболевания прямой кишки — парапроктит, анальная трещина, проктит, криптит. Геморрой — основное фоновое для них заболевание. Профилактика и успешное амбулаторное лечение геморроя есть основа для снижения проктологической заболеваемости вообще.

Специально курортного лечения по поводу геморроя не существует. Здесь следует предупредить врачей и больных об увлечении субаквальными ваннами, которые назначают при хронических колитах (более правильный термин — функциональная кишечная диспепсия). Хотя, по словам некоторых больных, субаквальные ванны помогли им избавиться заодно и от геморроя, мы относим это за счет психотерапии, которая на курортах закономерна и, как правило, весьма эффективна, правда, только в период самого лечения. Если при определенных формах функциональных нарушений деятельности толстой кишки промывание кишечника минеральной водой, вводимой в задний проход под давлением, оказывает положительное действие, то при сопутствующем геморрое эта манипуляция опасна и болезненна. Ни при каких воспалительных или, тем более, опухолевых поражениях заднего прохода субаквальные ванны назначать не следует. Кроме травматизации истонченных у больных геморроем стенок заднепроходного канала, эти процедуры ни к чему не приводят. Другое дело — грязевые ректальные тампоны. Мы наблюдали многих больных хроническим

геморроем, у которых такое лечение оказало выраженное положительное действие. Особенно эффективны грязевые тампоны после многократных операций на заднем проходе; они размягчают рубцовые ткани, способствуют восстановлению функции анального жома. К сожалению, грязевые аппликации часто противопоказаны пожилым людям с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, т. е. именно тем больным геморроем, у которых такое лечение могло бы оказать эффект.

В последнее время мы наблюдаем у себя в клинике многих больных после неудачных операций по поводу геморроя, особенно повторных, когда возникают и упорно держатся боли в заднем проходе (анальная невралгия). В этих случаях хороший эффект оказывает специальная модификация акупунктуры, разработанная в нашем институте.

Если проводимое в полном объеме консервативное лечение геморроя не приводит к успеху, если болезнь прогрессирует и резко снижает трудоспособность больного, если — это главное показание — появляется постоянное, при каждой дефекации выпадение внутренних узлов, следует рекомендовать операцию. В крупных городских больницах общего профиля операций по поводу геморроя выполняют достаточно много, а в специализированных проктологических стационарах эта операция занимает первое место.

С нашей точки зрения, показания к радикальной геморроидэктомии нужно ставить строже. Конечно, у молодых людей с обильными, неостанавливающимися кровотечениями, быстро приводящими к анемизации, операция показана безусловно. И у людей среднего возраста, соматически сохранных, при постоянном выпадении внутренних узлов или при склонности геморроя к ежегодным сезонным воспалительным обострениям операция также показана. Именно у этих категорий больных геморроидэктомия, выполненная по современным методикам, дает хороший и стойкий результат. Но есть многочисленная группа больных геморроем (пожилые люди, страдающие запорами и сопутствующими нарушениями сердечно-легочной деятельности), которым операция не то чтобы не показана, но у которых время для операции упущено и у которых возможно и в большинстве случаев действенно паллиативное консервативное лечение. Во-первых, оперировать таких больных только по поводу кровотечений нецелесообразно, о чем речь шла выше.

Во-вторых, борьба с запорами и выполнение необходимых требований по туалету заднего прохода после дефекации, применение свечей и разъяснение полезности щадящей диеты вкупе со специальной лечебной гимнастикой дают у таких больных настолько удовлетворительный эффект, что часто необходимость в операции отпадает сама собой. Особенно это относится к людям пенсионного возраста. При правильном поведении врача и при получении эффекта от консервативного лечения также больные начинают «беречь» свой геморрой. Небольшие кровотечения им безопасны, а тщательное слежение за стулом и туалетом после дефекации еще никому не было бесполезным.

Кроме того, сама операция по поводу геморроя у пожилых и стариков представляет определенную опасность: положение больного на операционном столе с приведенными к животу ногами, сниженная регенеративная способность к заживлению ран вблизи заднего прохода, возможность возникновения дизурии после операции у пожилых мужчин, довольно частые гнойные осложнения геморроидэктомии у больных в пожилом и старческом возрасте (парапроктит) и развивающаяся иногда недостаточность анального жома после простой дивульсии сфинктера — все это должен иметь в виду хирург. Мы хотим сказать, что частое, иногда почти без раздумий о последствиях, выполнение перевязки геморроидальных узлов именно у пожилых мужчин, до сих пор практикующееся в любой городской или центральной районной больнице, неоправданно. Мы хотели бы настроить хирургов этих больниц на более осторожное отношение к геморроидэктомии у данного контингента больных. Если все же решено больного оперировать, то в таких случаях необходимо тщательное обследование до операции — электрокардиограмма, определение основных параметров гемокоагулограммы, консультация терапевта.

Мы полагаем также, что именно у пожилых людей следует применять одно из современных щадящих и в то же время радикальных вмешательств, а не простую перевязку геморроидальных узлов, дающую и больше ранних послеоперационных осложнений, и большее число рецидивов в отдаленных периодах наблюдения.

Глава 7

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

В практической монографии невозможно, да и нецелесообразно перечислять и оценивать все те сотни хирургических пособий, которые в течение более чем тысячи лет предлагались и до сих пор предлагаются для лечения геморроя. В последнее время, правда, этот поток начинает, видимо, иссякать в связи с тем, что, с одной стороны, внедрены в практику такие достаточно удовлетворительные «полухирургические» методы лечения, как склерозирующая терапия и криохирургия, а с другой стороны — радикальная геморроидэктомия с иссечением только трех основных внутренних узлов настолько привлекает своей простотой и этиологической целесообразностью, что, видимо, хирурги несколько успокоились, освоив или осваивая эти современные операции.

Если все же попытаться кратко суммировать принципы и характер многочисленных традиционных оперативных пособий при геморрое, то практически их можно разделить на три группы. К первой, наиболее многочисленной, следует отнести различные модификации перевязки внутренних геморроидальных узлов с отдельным иссечением наружных бахромок. Эту методику много лет разрабатывал и модифицировал А. Н. Рыжих, который и представил в своих трудах наибольший опыт операций по данному методу. Другая группа отечественных хирургов предпочитает методики, являющиеся так или иначе вариантами операции, разработанной А. В. Мартыновым, — иссечение геморроидальных узлов с глухим ушиванием образовавшихся ран заднепроходного канала. Эту методику много лет применяет и пропагандирует А. М. Аминев. Наконец, к третьей группе мы отнесли опасную, дающую много ближайших и отдаленных осложнений «сверхрадикальную» операцию кругового иссечения слизистой оболочки прямой кишки по методу Уайтхеда [Аскерханов Р. П., 1977, и др.]. К счастью, ее применяет весьма небольшая группа хирургов. Если результаты первых двух операций на протяжении многих десятков лет казались большинству отечественных хирургов примерно сравнимыми и оптимальными, то операция по Уайтхеду всегда вызывала справедливую критику, и тем более удивительно, что и сейчас еще некоторые опытные хирурги с упорством, достойным лучшего примене-

ния, пропагандируют эту операцию, которая, как говорили старые врачи, опаснее самой болезни.

Почему же хирурги столь интенсивно разрабатывали и модифицировали операции при геморрое? Их не устраивали результаты лечения, как ближайшие, так и особенно отдаленные. Стало притчей во языцех положение о том, что, как ни оперируй геморрой, через 5, максимум через 10 лет, наступит рецидив. Когда больной, оперированный по поводу геморроя, обращался повторно более чем через 5 лет после вмешательства, то считалось, что результат вполне приемлем. В чем же было дело? Видимо, в том, что хирург удалял во время операции только сами узлы, вернее даже не узлы, а их дистальные «верхушки», их доли; поэтому, например, и удаляли 6, 8, а то и более 10 узлов. Нам однажды пришлось оказывать помощь больному, оперированному в другой клинике по поводу геморроя, у которого развился вскоре после вмешательства двусторонний тяжелый парапроктит. Дело кончилось наложением колостомы. Хирург, оперировавший геморрой, перевязал больному 22 (!) узла. При этом, конечно, очень трудно оставить между иссеченными узлами необходимые кожно-слизистые «мостики», из которых начинается эпителизация перианальных ран. Этих «мостиков» не было оставлено, и развилась тяжелая рубцово-воспалительная стриктура кожной части заднего прохода, приведшая к возникновению парапроктита.

Впоследствии оказалось, и мы надеемся, что сумели доказать это в первой части нашей книги, что внутренних геморроидальных узлов может быть всего три. И в основе их лежит гиперплазия трех коллекторов кавернозных вен (телец) подслизистого слоя переходной зоны прямой кишки. Остальные «узлы» есть не что иное, как дочерние разветвления трех основных. Удаление этих дочерних узлов является совершенно нерадикальным вмешательством: коллекторы кавернозных тканей остаются на месте и при продолжении действия тех же неблагоприятных факторов (запоры, беременность и др.) геморрой рецидивирует, т. к. анатомический его субстрат сохранился.

В хирургии часто бывает, что врачи эмпирически, намного раньше теоретиков, разрабатывают и применяют операции, которые впоследствии находят патогенетическое обоснование. Так произошло и с геморроем. Еще в 1919 г. W. Miles писал о трех геморроидальных узлах, а позже, в 30-х годах E. Milligan и C. Morgan разработали «геморроидэктомию снаружи внутрь», направленную на

иссечение этих трех узлов, расположнных на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине). Как видно из наших исследований и из работ других авторов, обоснование свое эта операция нашла более чем через полвека после ее эмпирической разработки.

Таким образом, в настоящее время за рубежом подавляющее большинство хирургов и проктологов применяют при геморрое операцию, направленную на иссечение трех основных коллекторов кавернозной ткани прямой кишки, являющихся одновременно тремя внутренними геморроидальными узлами. Эта операция Миллигана—Моргана (так она именуется в большинстве современных зарубежных публикаций) продолжает модифицироваться. Можно упомянуть предложения A. Gopala Krishnan (1977) о глухом ушивании трех ран заднепроходного канала в отличие от основной методики, предполагающей открытое ведение этих ран; можно назвать еще работы S. Wanderman (1981) и J. Girona (1981), которые под разными сложными названиями применяют и пропагандируют ту же в общем методику.

В нашей стране, насколько нам известно, модификации операции Миллигана—Моргана разрабатывают и внедряют в практику сотрудники НИИ проктологии в Москве.

Исходя из основного положения о том, что концевые ветви нижней прямокишечной артерии осуществляют кровоснабжение трех главных групп кавернозных телец прямой кишки и что эти группы расположены в зонах, проецирующихся на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине), можно легко объяснить локализацию внутренних геморроидальных узлов именно в этих зонах — на левой боковой, правой заднебоковой и правой переднебоковой стенках заднепроходного канала. Очень редко обнаруживают еще и небольшой четвертый внутренний геморроидальный узел, проецирующийся примерно на 13 часах по циферблату.

Практический хирург (при условии хорошего обезболивания и полной релаксации мышц заднепроходного сфинктера) без труда может видеть, что именно в этих участках заднепроходного канала располагаются ножки (шейки, основания — их разные авторы называют по-разному) трех основных внутренних геморроидальных узлов, а ниже, дистальнее этих ножек, определяются сами узлы, т. е. разветвленные, дольчатые образования, пролабирующие наружу (рис. 19). Эти образования, прини-



Рис. 19. Основные внутренние геморроидальные узлы, проецирующиеся на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине).

маемые за отдельные узлы, на самом деле являются верхушками трех названных выше внутренних узлов. В этом можно убедиться еще, слегка потягивая за любую из разветвленных верхушек; при этом ножка натягивается в виде паруса, складки, и тогда она видна еще отчетливее.

Какой бы неожиданной и непонятной на первый взгляд ни казалась хирургу описанная картина, мы смеем утверждать, что это действительно так. Примерно посредине левой боковой стенки заднепроходного канала, затем чуть правее задней (копчиковой) его комиссуры и, наконец, немного правее передней комиссуры заднего прохода располагаются описанные ножки трех основных узлов. Они по цвету несколько светлее окружающих тканей, что нагляднее прослеживается при потягивании за сами узлы. Пальпируя стенку заднепроходного канала в области этих ножек, можно часто определить пульсацию артериального сосуда. Что касается верхушек узлов, то они могут быть компактными и выглядеть как мономорф-

ное плотноватое образованне, но чаще оин разветвлены н как бы разделены иа дольки (см. рис. 19). Этн долькн, а их может быть и 6, и 8, н даже больше, — отиюдь ие отдельиые узлы, что очень важио понять для лучшего усвоения описаииой ииже операции.

Убедившись в абсолютиой достоверностн приведеиных фактов, мы в иачале 70-х годов полиостью измеиили оперативиую технику при геморрое, которой до этого прндерживались в клиннке более 20 лет н которая подробиейшим образом описаиа в трудах А. Н. Рыжих (1968). Следует сказать, что сам А. Н. Рыжих, миого сделавший для усовершеиствоваиия техники традициоиной геморроидэктомии, одобрил эту методику и всячески содействовал виедреиию в практику иовой операции.

ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ СНАРУЖИ ВНУТРЬ С ЧАСТИЧНЫМ УШИВАНИЕМ РАН

Эта операцня является первой модификацней геморроидэктомин, разработаиной НИИ проктологии. Производят ее под общей или местиой нифнльтрациоиной аиестезией 0,25% раствором иовокаииа по А. В. Вишиевскому с одновремениым выполиеиием пресакральной блокады. Скрупулезиое следоваиие требованиям, описаииым А. В. Вишиевским для местиой параректальной анестезни, создает вполие благоприятные условия для выполнения операции по поводу геморроя. Сиачала 0,5% иовокаииом тоикой нглой, иадетой иа 10-граммовый шприц, создают виутрикожиый круговой инфильтрат («лимонную корочку») по краю задиего прохода. После этого более толстой и длнниой нглой, иадетой иа 20-граммовый шприц, нз 4 точек — на 12, 3, 6 и 9 часах по циферблату, отступая примерио иа 1,5 — 2 см от заднепроходиого отверстия, вводят в толщу мышц сфиктера первую порцию 0,25% иовокаииа (примерно на глубииу 4—5 см), а затем продвигают иглу параллельио стеике прямой кишки и ииъецируют 20—25 мл раствора иовокаина. При этом хирург ощущает как бы попадание в пустоту: раствор идет легче, чем при введеиин в мышцы аиальиого жома. Есть н еще некоторые особениости местной аиестезин при геморрое.

Обезболиваиие передней стеики заднепроходиого каиала необходнмо выполиять ближе к прямой кишке у мужчин во нзбежаиие сдавлеиия новокаииом промежиостной частн моченспускательиого каиала, что может прн-

вести к послеоперационной дизурии, а у женщин эта манипуляция связана с расслоением вводимым раствором прямокишечно-влагалищной перегородки. Именно между этой перегородкой и стенкой прямой кишки следует вводить новокаин. Мы давно отказались от контролирования направления иглы при данной анестезии пальцем другой руки, введенным больному в задний проход. При определенном навыке хирург хорошо обходится без этой нецелесообразной манипуляции, при которой лишь создаются затруднения для введения раствора. Опасность проникновения иглы из околопрямокишечного пространства в просвет прямой кишки преувеличена, и, даже если это произошло, никаких особых беспокойств врачу это причинять не должно — никакого свища или парапроктита не образуется. После обезболивания задней стенки прямой кишки еще более длинной иглой следует ввести в ретроректальное пространство, к вогнутой передней поверхности крестца, 30—40 мл новокаина. Такая дополнительная пресакральная блокада способствует как самой анестезии, так и обезболиванию в ближайшем послеоперационном периоде. Всего на местную анестезию при операции геморроя уходит 130—150 мл новокаина. Раствор должен быть свежеприготовленным и теплым. Добавлять в него антибиотики не обязательно.

Конечно, операции на прямой кишке как на весьма рефлексогенной зоне лучше выполнять под общей анестезией, но и местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому, так же как эпидурально-сакральная анестезия (если хирург ею хорошо владеет), может обеспечить хорошее обезболивание и релаксацию мышц заднего прохода. Последнее совершенно обязательно, ибо только при этом условии хорошо видны в типичных местах на стенках заднепроходного канала ножки трех основных внутренних геморроидальных узлов. Нельзя «бороться» с больным, нельзя пренебрегать его жалобами на неполное обезболивание, нельзя относить эти жалобы за счет повышенной нервозности, неадекватной реакции больного и т. д. Только при полной анестезии и релаксации хирург может правильно выполнить операцию.

Она начинается с осторожной, но тщательной дивульсии мышц заднепроходного сфинктера. Растяжение мышц можно выполнить и пальцами, и браншами ректального зеркала. Следует только помнить, что растяжение лучше осуществлять постепенно, по обеим косым линиям и в горизонтальном направлении. Вертикальное растягивание

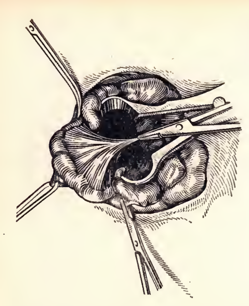


Рис. 20. Геморроидэктомия, первая модификация. На иожку узла наложен зажнм.

заднего прохода нецелесообразно в связи с возможным сдавлением мочеиспускательного канала у мужчин. Признаком достаточной релаксации мышц заднего прохода является возможность свободного сведения ручек ректального зеркала до отказа, когда они постукивают друг о друга. После дивульсии прямую кишку еще раз обрабатывают 1% йодом, хирург надевает (или меняет) перчатки. Задний проход растягивают в 4 симметричных точках зажимами Алиса (см. рис. 19) и определяют места расположения узлов и их ножек. Лучше начинать иссечение с узла, расположенного на 7 часах по циферблату, т. е. на левой заднебоковой стенке заднепроходного канала. Потягивая за дистальную часть узла, контурируют его ножку и выше зубчатой линии накладывают на эту ножку малый изогнутый зажим Бильрота (рис. 20). Важно проследить, чтобы кончики браншей зажима были направлены чуть вперед, к хирургу, и чтобы они почти упирались в стенку прямой кишки. Тогда последующие манипуляции становятся еще легче.

Обращаем особое внимание на обязательное наложение зажима именно выше зубчатой линии заднепроходного канала. Как известно, в области этой линии и ниже нее располагаются чувствительные нервные окончания, а выше таких окончаний почти нет. Правильное наложе-

ние зажима Бильрота на ножку узла выше зубчатой линии обеспечивает резкое снижение болей после операции и является действенной мерой профилактики послеоперационного отека.

Теперь, начиная от браншей наложеного зажима, весь узел очерчивают скальпелем, рассекая слизистую оболочку прямой кишки, а снаружи кожную часть стенки заднепроходного канала и перианальную кожу (рис. 21). При этой манипуляции следует иметь в виду два момента. Прежде всего разрез слизистой оболочки сверху не должен выходить за пределы передавленной ножки узла; тогда операция проходит практически без кровопотери, ибо хирург манипулирует в границах бассейна той основной концевой ветви прямокишечной артерии, которая снабжает кровью данную группу кавернозных телец. Далее, снаружи в разрез захватывают геморроидальные кожные бахромки (наружные узлы), относящиеся к этому региону. Следующий этап — отсечение очерченного конгломерата от подлежащих тканей снаружи внутрь, до наложенного на ножку узла зажима Бильрота. Потягивая на себя верхушку (дистальную часть) узла, хирург маленькими ножницами отсекает его от подкожной жировой клетчатки и подслизистого слоя прямой кишки (рис. 22). Образуется овальная, суженная кверху рана, выходящая снизу на перианальную кожу. При классической методике Миллигана—Моргана далее следует перевязка ножки узла и отсечение его. Рана остается открытой, напоминая лопасть резинового вентилятора. Мы модифицировали этот этап. Ножку узла прошивают кетгутом или тонким шелком и перевязывают с обеих сторон от зажима Бильрота. Если бранши зажима были наложены правильно, чуть вперед к хирургу, то эта манипуляция выполняется без всякого труда. Узел под лигатурой отсекают и нить коротко обрезают (рис. 23). Оставшуюся овальную рану туширируют 1% спиртовой настойкой йода и ушивают. Мы считаем, что оставление ран открытыми чаще влечет за собой их инфицирование, чем частичное или полное (см. вторую модификацию геморроидэктомии) их ушивание. При описываемой операции (первая модификация) рану суживают по всей длине таким образом, что в узловые кетгутовые швы захватывают кожно-слизистый край и дно каждой раны посредине ее. Такая техника, кроме обеспечения лучшего гемостаза, преследует и пластические цели: эпителизация идет быстрее, ибо кожно-слизистые перемычки между ранами рас-

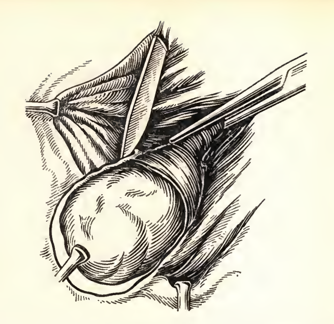


Рис. 21. Геморроидэктомия. Узел окаймлен грушевидным разрезом, выходящим на перианальную кожу.

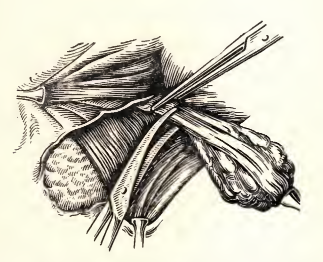


Рис. 22. Геморроидэктомия. Узел отсечен снаружи внутрь до наложенного зажима.



Рис. 23. Геморроидэктомия. Узел отсечен ниже лигатуры.

пластаны и фиксированы. Это также важно для профилактики послеоперационной стриктуры заднего прохода и для сохранения нормального рефлекса на дефекацию.

Точно по описанной методике иссекают снаружи внутрь остальные два внутренних геморроидальных узла с прилежащими к ним наружными геморроидальными бахромками. В конце операции видны снаружи три кожно-слизистые наполовину ушитые раны (рис. 24).

Если в редких случаях между этими ранами на перианальной коже располагаются дополнительные наруж-

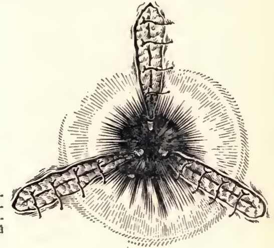


Рис. 24. Геморроидэктомия. Вид кожно-слизистых ран после окончания операции по первой модификации.

ные геморроидальные бахромки, их иссекают отдельными овальными разрезами и эти раны ушивают наглухо.

Несмотря на то что при соблюдении техники описанной операции опасность сужения заднего прохода вообще не должна возникать, обращаем еще раз внимание хирургов на важнейшее обстоятельство — необходимость оставления широких кожно-слизистых перемычек между тремя ранами, особенно между культями их прошитых и перевязанных ножек в заднепроходном канале. Чрезмерная радикальность операций при геморрое, увлечение стремлением убрать «все» узлы, часто оканчиваются типичными осложнениями — стойкой стриктурой кожной части заднего прохода. В этой связи еще и еще раз считаем необходимым предостеречь хирургов от применения при геморрое операции Уайтхеда. Между прочим, сам автор в конце работы писал о нецелесообразности применения кругового иссечения слизистой оболочки прямой кишки при геморрое, оставляя этот вариант для выпадения прямой кишки. Мы наблюдали нескольких больных со стриктурами заднего прохода после этой операции. Особенно запомнилась молодая женщина, у которой после операции Уайтхеда возникло сужение, с трудом пропускавшее кончик мизинца. Стул у больной превращался в муку, она намеренно его задерживала на 3—4 сут, а после дефекации с помощью клизмы (даже не клизмы, а катетеризации заднего прохода и промывания прямой кишки) была нетрудоспособна в течение целого дня. Больная перенесла 4 пластические операции, все с временным успехом, и дело кончилось наложением противоестественного заднего прохода.

Мы полагаем, что имеющийся разнобой в методиках оперативного лечения геморроя связан главным образом, с тем, что в учебниках по хирургии и в различных руководствах для врачей проблема эта преподносится как решенная, а осложнения после операции признаются чуть ли не фатальными. В частности, наряду с другими операциями рекомендуется и порочная методика по Уайтхеду. Вполне возможно, что в руках смелого и очень опытного хирурга эта операция и дает успех с минимальным числом осложнений, но рекомендовать устаревшие, патогенетически необоснованные и опасные операции для массового применения нельзя. Современные оперативные пособия и, в частности, гемороидэктомия снаружи внутрь в модификации нашей клиники, намного проще, безопаснее и не менее радикальна.

В конце операции больному вводят в прямую кишку узкие ленты-турунды, смоченные вазелиновым маслом или мазью Вишневского, и между ними газоотводную трубку, конец которой должен располагаться в прямой кишке свободно, выше лент с маслом. Стул искусственно задерживают не более чем на 2—3 дня с помощью интестопана или норсульфазола. Назначают аскорбиновую кислоту в порошке по 0,35 г три раза в день в течение 4—5 дней (для профилактики поноса). Послеоперационная диета довольно строгая — бульоны, мясное гаше, кисели, сухари, чай. Первую перевязку производят через двое суток после операции, после ванны. Под струей перекиси водорода осторожно удаляют тампоны и газоотводную трубку, раны обрабатывают 1% раствором йода и в кишку вводят уже одну узкую турунду с мазью Вишневского. Затем перевязки делают ежедневно после сидячих ванночек: промывают раны и вводят в кишку свечу или жидкую мазь Вишневского. Первая дефекация, обычно через 4—5 дней после операции, обязательно с клизмой, даже если назначить слабительное. Наконечник клизмы (не стеклянной) жирно смазывают каким-либо маслом или мазью Вишневского и вводят осторожно круговыми движениями в задний проход. Выполнять такую первую клизму должна опытная сестра или, лучше, сам хирург, знающий места расположения прошитых культей ножек геморроидальных узлов. Первая клизма после геморроидэктомии — манипуляция ответственная. Именно во время нее бывают кровотечения, когда грубое введение клизменного наконечника может вызвать обрыв лигатуры с ножки узла.

При гладком послеоперационном течении больных выписывают через 5—6 дней после операции. Полное обследование больных геморроем, подлежащих операции, следует выполнять амбулаторно, и если не госпитализировать их по пятницам (когда зря теряется 2—3 дня), то при большом количестве геморроидэктомий может быть достигнут значительный экономический эффект. Лицам старше 50 лет, поступающим для геморроидэктомии, следует выполнять почти полную гемокоагулограмму, не ограничиваясь анализом времени свертывания крови и числа тромбоцитов.

У пожилых людей, имеющих часто сопутствующие нарушения сердечной и легочной деятельности, не следует относиться к операции геморроя как совершенно невинному и безопасному вмешательству.

Описанная первая модификация геморроидэктомии с частичным ушиванием перианальных ран может выполняться при любой стадии геморроя, у больных обоего пола и разного возраста. Особенно она показана при остром геморрое, ибо при этой технике на сам узел не накладывают никаких раздавливающих клемм, а послеоперационные раны, хотя и суживаются, но остаются открытыми по всей длине, что обеспечивает их хорошее дренирование.

В литературе последних лет появляются работы, пропагандирующие амбулаторное выполнение операций при геморрое [Williams A., Evans J., 1972, и др.]. Мы относимся к такой тактике отрицательно. Будучи в общем приверженцами амбулаторного выполнения целого ряда проктологических манипуляций и даже операций и опубликовав в свое время этот опыт [Ривкин В. Л., Резник Б. Н., 1973], мы считаем, что оперировать больных геморроем в поликлинике не следует.

Может быть, иссечение наружных геморроидальных бахромок или удаление тромбов из болезненных одиночных подкожных геморроидальных узлов возможно и амбулаторно, но настоящую радикальную геморроидэктомию по одной из описываемых нами методик следует делать в стационаре, причем в стационаре специализированном. У таких больных, особенно при транспортировке домой после амбулаторной операции, может сорваться лигатура, что повлечет за собой опасное артериальное кровотечение. Кроме того, возможная и довольно частая задержка мочи у пожилых мужчин в первые дни после операции, важность квалифицированного выполнения ежедневных перевязок, первой клизмы и т. д. — все это диктует необходимость стационарного выполнения геморроидэктомии.

Предложения о возможности выполнения этой операции амбулаторным способом исходят от общих хирургов, в то время как известные проктологи и крупные проктологические клиники такую тактику не поддерживают. Здесь возникает более важный вопрос о правомочности выполнения операции по поводу геморроя хирургами, не прошедшими хотя бы первичную специализацию по проктологии. В настоящее время никакому хирургу не придет мысль оперировать, скажем, гинекологических, урологических и других категорий хирургических больных, давно уже подлежащих компетенции соответствующих специалистов (мы не имеем в виду ургентную помощь и ка-

кие-либо экссквизитные условия). В отношении проктологических больных это положение до сих пор, к сожалению, остается: хирурги общего профиля почему-то даже любят оперировать проктологических больных и считают свои результаты вполне благоприятными. Однако стоит только обратиться за соответствующей статистикой, собранной в специализированных проктологических клиниках, как картина резко меняется. Неоднократно во всех монографиях и руководствах по проктологии указывается на большое число больных, поступающих в проктологические отделения после ранее неудачных, в том числе многократно неудачных, операций на заднем проходе или прямой кишке, выполненных в различных общехирургических стационарах. Это положение наиболее характерно для острого и хронического парапроктита, при котором радикальные операции пока не стали обычными для хирургов общего профиля, но и для больных геморроем, к сожалению, такое положение актуально. Дело здесь, видимо, во все еще недостаточном количестве специалистов-проктологов и соответствующих специализированных стационаров, хотя в последние годы в нашей стране сеть таких стационаров развивается вполне удовлетворительными темпами. Во всех союзных республиках и в большинстве крупных городов РСФСР сейчас функционируют проктологические отделения, возглавляемые квалифицированными хирургами-проктологами. Эти центры осуществляют необходимую помощь больным с заболеваниями прямой кишки, но геморрой продолжает оставаться в большинстве случаев прерогативой хирургов общего профиля. Мы выступаем вовсе не за то, чтобы всех многочисленных больных геморроем оперировали только специалисты-проктологи, но мы за то, чтобы эту операцию выполняли хирурги, ознакомившиеся с современными концепциями развития этого заболевания и с патогенетически обоснованными радикальными операциями при геморрое.

После обычной перевязки геморроидальных узлов наиболее часто больных беспокоят боли, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней. Генез этого синдрома понятен: при традиционной технике геморроидэктомии, когда узел сначала раздавливают жесткой клеммой Люэра, а потом всю его массу прошивают и перевязывают толстой шелковой нитью, многочисленные чувствительные нервные окончания, расположенные как раз в зоне передавливания и перевязки, обусловливают поток

болевых импульсов в кору головного мозга. Возникает ответный рефлекторный спазм анального жома, также не способствующий снятию болей.

Всем хирургам известно, что боли после традиционной геморроидэктомии требуют интенсивной терапии анальгетиками, наркотиками, новокаиновыми блокадами и т. д. Даже такие манипуляции, как рассечение слизистой оболочки вокруг геморроидального узла и введение под основание узла перед его перевязкой 2% раствора новокаина [Рыжих А. Н., 1968], не обеспечивают безболезненного послеоперационного периода, не предупреждают частого возникновения послеоперационного нервнотрофического отека перианальных тканей. В этом отношении предлагаемая модификация геморроидэктомии более выгодна. При ней на узел не накладывают никаких жестких клемм, перевязывают только узкую ножку, а не всю массу узла, причем перевязку осуществляют выше зубчатой линии заднепроходного канала, где нет чувствительных нервных окончаний. При данной методике боли возникают достоверно реже, так же как и отек тканей в области операции.

Применение в нашей клинике приведенной модификации радикальной геморроидэктомии на первых порах казалось нам оптимальным способом хирургического лечения геморроя. Но эта методика дала толчок к дальнейшему совершенствованию техники, к дальнейшим попыткам снижения количества ближайших послеоперационных осложнений. Возникла идея новой модификации геморроидэктомии, в которой можно было бы использовать тот же принцип — иссечение трех основных внутренних геморроидальных узлов, но с существенной разницей как по отношению к первичной операции Миллигана — Моргана, так и к разработанной уже модификации. Этой принципиальной разницей стала тактика полного восстановления целостности слизистой оболочки заднепроходного канала после иссечения узлов, т. е. глухое ушивание ран слизистой оболочки и отдельное иссечение и ушивание наружных геморроидальных узлов.

ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ПОЛНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЗАДНЕПРОХОДНОГО КАНАЛА

Эта операция основана на имеющихся в литературе данных о возможности глухого ушивания ран в области заднего прохода [Аминев А. М., 1971, и др.], является

она второй модификацней геморроидэктомии, разработаииой НИИ проктологии.

После геморрондэктомии с иссечением трех основных геморрондальных узлов н с подшнваннем краев образовавшихся ран ко дну остается ие ушнтой часть раиевой поверхиости, зажнвлеиие происходнт вторичным иатяженнем. Это удлиняет сроки выздоровлеиия больных, нх социально-трудовой реабилнтацин.

Мы с 1974 г. несколько видоизменили методику ушнвання перианальных раи, образующнхся после удалеиия виутреиних и наружиых узлов. После геморроидэктомии раны, образующиеся иа стеиках задиепроходного канала и пернанальиой области, стали ушнвать иаглухо. Кроме того, в отличие от первой моднфнкацни геморроидэктомии, иссечение внутренних и наружных геморроидальиых узлов мы стали производить раздельио, а ие едииым блоком. Последнее обусловлено тем, что далеко ие всегда имеется полиое соответствие в локализацни внутреииих и иаружных геморрондальных узлов.

Предоперацноиная подготовка к геморроидэктомии с восстановлеиием слнзнстой оболочкн заднепроходного каиала (вторая моднфнкацня) ие отличается от прииятой методики подготовки к опнсаиному выше способу геморроидэктомни с ушиванием части раи.

Операцию выполняют также в положеиии больиого на операциоником столе лежа на спине. Ноги должиы быть согнуты в коленных н тазобедренных суставах и зафнксированы иа подставках. Мы примеияем два вида обезболивания, отдавая предпочтенне общей анестезии, как нанболее щадящему психику больного виду обезболивания. Однако это не исключает возможность прнмененяя местной аиестезни раствором новоканна, которая с 1977 г. была также несколько видоизмеиеиа. В отличие от описанной выше, глубокую анестезню выполняют ие нз четырех, а из трех точек, расположениых иа 3,7 и 9 часах по окружности заднего прохода. Именно в этих зонах иннервируется заднепроходный каиал и введеиие иовокаина в указанные точкн напомннает проводииковую аиестезию. При этом обеспечивается достаточный эффект обезболиваняя и менее выражено отрицательное воздействне новокаииа иа функцню мочеиспускания (раствор не вводят в точку, расположеиную иа 12 часах под уретру).

Обработку операционного поля производят 1% спиртовой настойкой йода. При общей аиестезии в иачале

дважды обрабатывают прямую кишку тупферами, смоченными этой же настойкой йода, с просушиванием сухими тампонами после каждой обработки. Затем обрабатывают кожу вокруг заднего прохода, кожу промежности и внутренней поверхности ягодиц. После этого операционное поле отгораживают тремя простынями. Одну из них кладут под больного, ограничивая снизу операционное поле, две других — по бокам, накрывая ноги больного. Операционное поле приобретает вид треугольника, вершиной обращенного к промежности.

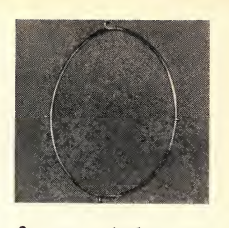
При местной анестезии вначале производят обработку кожи с отграничением операционного поля стерильными простынями. После этого приступают к выполнению внутрикожной и подкожной анестезии вокруг заднего прохода 0,5% раствором новокаина. На этот этап обезболивания тратят 40—60 мл раствора. После повторной обработки кожи приступают к глубокой анестезии. Сменив иглу на более длинную и предпосылая 0,5% раствор новокаина продвижению иглы, производят введение раствора на глубину до 5 см, строго параллельно стенке кишки соответственно точкам на 3, 7, 9 часах по циферблату. В каждую из трех точек вводят по 40 мл 0,25% раствора новокаина. После окончания анестезии дважды обрабатывают 1% спиртовой настойкой йода стенки заднепроходного канала и дистального отдела прямой кишки.

При отсутствии до операции выраженного спазма заднепроходного сфинктера мы не производим его дивульсию, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, опасаясь перерастяжения мышц жома и длительного периода восстановления его тонуса.

Соответственно 3, 6, 9 и 12 часам по циферблату края заднего прохода разводят в стороны в помощью зажимов Алиса. С 1980 г. в НИИ проктологии для разведения и фиксации краев заднего прохода применяют кольцо-расширитель диаметром 150 мм (рис. 25), предложенное Е. И. Меньшениным и модифицированное нами. Соответственно 4 указанным выше точкам на края заднего прохода накладывают лигатуры (шелк № 5) и фиксируют их к крючкам кольца-расширителя. Благодаря этому обеспечивают хорошее разведение краев заднего прохода и необходимость во втором ассистенте отпадает.

После ревизии стенок заднепроходного канала, которая может быть проведена с помощью ректального зер-

Рис. 25. Кольцо-расширитель заднего прохода.



кала, внутренний узел на 3 часах по циферблату захватывают за верхушку окончатым зажимом Люэра. При наличии воспалительного процесса в геморроидальных узлах или при тромбозе их используют зажим Алиса. Геморроидальный узел подтягивают кнаружи. Обнажается ножка (шейка) узла, располагающаяся несколько выше зубчатой линии заднепроходного канала. В радиальном направлении снаружи внутрь на шейку узла накладывают зажим Бильрота таким образом, чтобы концы браншей зажима доходили до сосудистой ножки (рис. 26). Затем скальпелем, непосредственно над зажимом, геморроидальный узел отсекают до сосудистой ножки (рис. 27). Последнюю прошивают кетгутом № 5 и завязывают вначале со стороны зажима, а затем с противоположной стороны так, чтобы узел лигатуры располагался на противоположной стороне от раны (рис. 28). Обычно этого бывает достаточно для обеспечения надежного гемостаза сосудистой ножки геморроидального узла. Однако для дополнительного гемостаза непосредственно у верхнего края раны под основание узла накладывают шов кетгутом № 00, дважды прошивая слизистую оболочку с подслизистым слоем стенки прямой кишки (см. рис. 28). Затем отдельными узловыми кетгутовыми швами ушивают образовавшуюся рану. В шов захватывают края слизистой оболочки и дно раны (рис. 29). После наложения швов на всю рану лигатуры срезают. Выше места перевязки ножки геморроидального узла его отсекают (рис. 30), оставляя культю толщиной не более 0,5 см. Аналогично удаляют внутренние геморроидальные узлы на 7 и 11 часах по

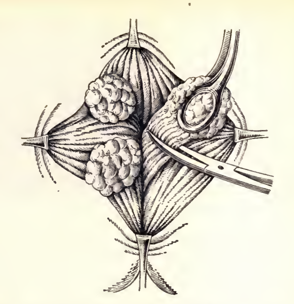


Рис. 26. Геморроидэктомия, вторая модификация. На ножку внутреннего узла наложен зажим Бильрота.

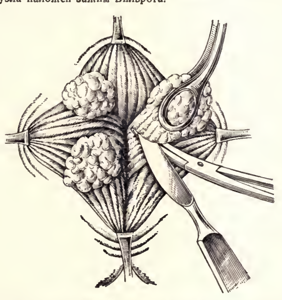


Рис. 27. Геморроидэктомия. Геморроидальный узел отсечен до сосудистой ножки.

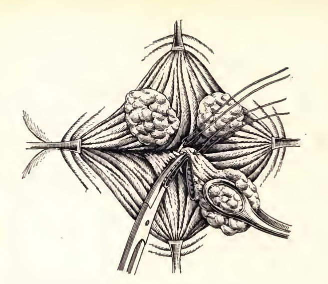


Рис. 28. Геморроидэктомия. Прошивание ножки узла.

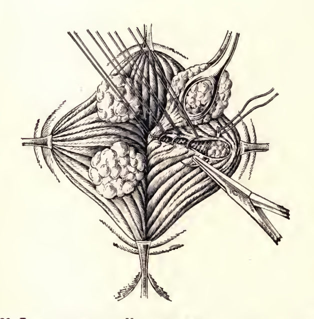


Рис. 29. Геморроидэктомия. Ушивание наглухо раны под узлом.

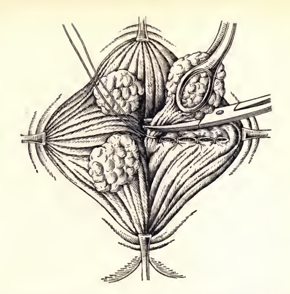


Рис. 30. Геморроидэктомия. Отсечение узла выше места перевязки его сосудистой ножки.

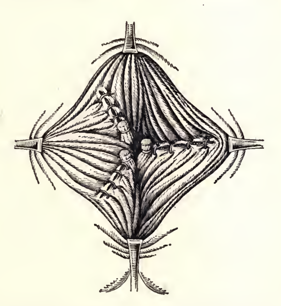


Рис. 31. Геморроидэктомия. Вид раны стенок заднепроходного канала после окончания операции по второй модификации.

циферблату. После удаления трех внутренних геморроидальных узлов в заднепроходном канале остается три культи, от основания которых в радиальном направлении располагаются ушитые раны линейной формы (рис. 31). Затем визуально контролируют качество гемостаза и срезают нити, растягивающие в стороны задний проход (или снимают зажимы Алиса). Захватывая за верхушку наружные геморроидальные узлы, их плоско иссекают, не углубляясь в мышцу наружного жома прямой кишки, и затем ушивают образовавшиеся раны отдельными кетгутовыми швами в радиальном направлении.

В задний проход после обработки ушитых ран 1% спиртовой настойкой йода вводят узкую марлевую турунду, пропитанную мазью Вишневского. Снаружи на промежность накладывают повязку с мазью Вишневского, которую фиксируют в области заднего прохода с помощью трубчатого бинта № 6—7 (Т-образная повязка).

Лечение больных после геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала мало отличается от описанного выше. Однако в последнее время мы придерживаемся более активного поведения больных в послеоперационном периоде. Палатный режим назначаем со следующего дня после операции. На 2-й день на ночь назначают 30,0 вазелинового масла и, если на следующий день не было самостоятельного стула, вызывают его с помощью очистительной клизмы. После первого стула перед перевязкой и в дальнейшем ежедневно больным назначают общие ванны. Пациентам со склонностью к запорам вазелиновое масло назначают на более длительный срок.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБОИХ ВИДОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Учитывая, что обе модификации операции, разработанные в НИИ проктологии МЗ РСФСР, основаны на современной концепции происхождения геморроидальных узлов из трех групп кавернозных телец и являются одинаково радикальными, но отличаются способами ушивания ран, нам представилось интересным сравнить и объективно оценить результаты данных операций. Мы провели сравнительный клинический анализ ближайшего послеоперационного периода в двух группах больных,

Осложиения геморрондэктомии в раннем послеоперацнонном перноде н нх частота

Осложнения	Модификация геморроидэктомии			
	первая модификация		вторая модификация	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%
Боли в послеоперациоиной раие	88	37,1	18	6,7
Боли в задиепроходиом канале при первой дефекации	169	71,3	61	22,6
Боли в задиепроходиом каиале при дефекации перед выпиской	177	49,4	28	10,4
Отек тканей периаиальной области	76	32,1	13	4,8
Кровотечение	10	4,2	2	0,7
Выделеине крови при дефекации	129	54,2	6	2,2
Температурная реакция	174	73,4	94	34,9
Задержка мочи	121	51,1	69	25,6

оперированных по первой и второй модификации (табл. 11). По первой модификации оперировано 277 больных, по второй — 269.

В представленной таблице приведено общее количество осложнений у 546 оперированных больных. Число же больных с осложнениями было намного меньше — менее половины оперированных, так как нередко отмечалось несколько осложнений у одного больного.

Приведенные в табл. 11 ранние послеоперационные осложнения можно и нужно сравнивать с таковыми при обычно принятой простой перевязке геморроидальных узлов. При сравнении оказалось, что и боли после операции и после дефекации, и отек перианальных тканей, и дизурические явления, и температурная реакция после геморроидэктомии с перевязкой снаружи внутрь трех основных узлов и частичным ушиванием ран (первая модификация) встречаются примерно наполовину реже, чем после простой перевязки узлов. Получив такие результаты, мы считали, что дальнейшего выраженного их улучшения уже вряд ли можно добиться, но оказа-

лось, что разработка и широкое внедрение в практику клиники второй модификации геморроидэктомии с полным восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала дает возможность еще более достоверно снизить число и тяжесть этих типичных для геморроидэктомии осложнений.

Сравнение частоты осложнений после двух модификаций геморроидэктомии явно свидетельствует о преимуществе метода с восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала. Это объясняется главным образом тем обстоятельством, что после геморроидэктомии в первой модификации в заднепроходном канале и на перианальной коже остаются три раневые поверхности, заживающие рубцеванием. Кроме того, одновременное удаление внутренних и наружных геморроидальных узлов, как это происходит при выполнении первой модификации, не всегда позволяет достаточно радикально убрать наружные геморроидальные узлы, а оставление даже части их ведет к возникновению послеоперационного отека перианальной области.

Кровотечение из операционной раны в ближайшем послеоперационном периоде — довольно серьезное осложнение геморроидэктомии. У 6 человек оно возникло в ближайшие часы после операции и было связано с соскальзыванием лигатуры с ножки узла в результате грубого введения тампона с мазью Вишневского. Через $1^1/_2$—2 ч после операции эти больные ощущали позыв на стул и из прямой кишки выделялись сгустки крови. Объем кровопотери колебался от 150 до 800 мл. Источник кровотечения без труда устанавливался при ревизии раны, производилось повторное лигирование ножки узла с прошиванием ее кетгутовой лигатурой. У других 6 больных кровотечение возникло после первой дефекации и не было столь обильным. В 4 случаях оно было остановлено тампонадой раны, а у 2 больных потребовалось прошивание ножки геморроидального узла. Во всех случаях соскальзывание лигатуры было связано с тем, что при отсечении геморроидального узла оставляли слишком короткую культю сосудистой ножки. Необходимо отметить, что вводимая в ампулу прямой кишки газоотводная трубка только в двух случаях позволила заподозрить кровотечение, да и то выделение крови по ней не превысило 15—20 мл. Кроме того, газоотводная трубка, обертываемая салфеткой с мазью Вишневского, вызывает ощущение инородного тела, что часто ведет к

Таблица 12

Осложиеиня геморрондэктомии

Осложиения	Частота осложнений в зависимости от методики операции и сроков наблюдения															
	первая модификация								вторая модификация							
	1 нед		2 нед		1 мес		2 мес		1 нед		2 нед		1 мес		2 мес	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	M	абсолютное число	%
Боль в послеоперационной ране	72	36	61	30,5	32	16	12	6	12	5,1	9	3,8	4	1,7	1	0,4
Боль в заднепроходном канале при дефекации	114	57	91	45,5	54	27	38	19	26	10,9	14	5,9	11	4,6	9	3,8
Периаиальный отек	70	35	51	25,5	28	14	27	13,5	11	4,6	9	3,8	3	1,3	—	
Наружиый геморрой	27	13,5	27	13,5	27	13,5	27	13,5	—		—		—		—	
Неполиое заживление раиы	164	82	111	55,5	59	29,5	41	20,5	6	2,5	3	1,3	1	0,4	—	
Выделеине крови во время акта дефекации	116	58	72	36	48	24	34	17	6	2,5	5	2,1	4	1,7	3	1,3
Затруднеиия при акте дефекации	36	18	28	14	21	10,5	14	7	—		—		—		—	
Острая аиальиая трещииа	31	15,5	24	12	20	10	18	9	—		—		—		—	
Сужение заднепроходного каиала	13	6,5	11	5,5	9	4,5	8	4	—		—		—		—	
Неполный виутренний свнщ	4	2	2	1	2	1	2	1	—		—		—		—	

рефлекторной задержке моченспускаиия. Задержка мочеиспускання, правда, может быть связана также н с наличнем болевого сннդрома. В последиее время мы редко вводим после геморроидэктомии газоотводвую трубку, но в тех случаях, когда надежность гемостаза вызывает сомнение, вводнть ее все же следует.

Такнм образом, еще раз возвращаясь к данным табл. 11, можно вндеть, что буквальио по всем важнейшим послеоперациониым параметрам показатели второй модифнкации геморрондэктомии иамного лучше. Особенио это касается болей в областн ран. Если заживленне наглухо ушитых в заднепроходном каиале ран пронсходит первичным иатяженнем, что имело место у подавляющего большинства оперированиых по второму способу, то, естествеино, болевой синдром будет выражеи реже н менее нntенснвио. Отсюда н резкое снижение частоты днзурическнх осложнеиий (почти наполовнну), и типнчной для геморроидэктомии кратковременной лихорадкн (более чем вдвое).

Еще более разительио уменьшеиие случаев выделення крови прн первой н последующих дефекацнях. Здесь нмеется в виду не кровотечение, требующее специальных мер, а именно выделенне небольшого количества крови прн смене турунды в прямой кишке после стула и сидячей ванночкн. Не будучн в прннципе серьезным осложиением, эти кровотечения показывают только, иасколько выгоднее оперировать геморрой, ушивая раиы задиепроходного канала наглухо.

Оказалось весьма показательиым и сравнение означенных параметров в блнжайшем послеоперационном периоде, после выпискн больных из стациоиара. 437 человек, перенесших геморрондэктомню, были осмотреиы через 1, 2 нед и через 1 н 2 мес после операцин. Из них были опернрованы по первой модификации 200 и по второй — 237 больных. (табл. 12). В результате дннамнческого наблюдення было установлено длнтельное заживлеиие послеоперацнониых ран после первой модифнкацнн геморрондэктомнн, что вызывало у больиых жалобы на болн в областн заднего прохода, выделеине кровн во время дефекации. Следует отметить н наличне неудалениых наружиых геморрондальных узлов у 27 человек, оперироваиных по первому способу. Оставлеиие нх было связано, виднмо, с тем обстоятельством, что не во всех случаях, особеино при местной аиестезнн, наружные геморрондальные узлы располагались соответ-

ственно внутренним. При этом отдельные небольшие наружные бахромки плохо определялись, а после операции отекали и болели.

Сужение заднепроходного канала грубыми послеоперационными рубцами через 2 мес сохранилось у 8 больных после первой модификации геморроидэктомии. Образование рубцов было связано с длительным заживлением послеоперационных ран вторичным натяжением на фоне сопутствующих воспалительных заболеваний прямой кишки, несмотря на то что эти больные получили до операции полный комплекс лечения проктосигмоидита. Данное осложнение потребовало применения длительного консервативного лечения, направленного на рассасывание рубцов. После второй модификации это осложнение не встретилось ни разу.

Острая анальная трещина возникла в ближайшем послеоперационном периоде у 31 больного после геморроидэктомии в первой модификации. Через 2 мес, несмотря на интенсивное лечение, она сохранялась у 18 обследованных. Причиной образования ее послужило формирование рубца в заднепроходном канале, который постоянно разрывался при дефекации. Продолженное консервативное лечение привело к выздоровлению 12 человек, а остальных пришлось повторно оперировать. После операции по второму способу анальная трещина не возникала.

Открытая даже частично послеоперационная рана в заднепроходном канале в отдельных случаях может послужить входными воротами для проникновения инфекции и образования неполного внутреннего свища прямой кишки. Так, у 4 больных после геморроидэктомии в первой модификации отмечалось выделение гноя из заднепроходного канала и при обследовании был диагностирован неполный внутренний свищ прямой кишки. Санация раневой поверхности, обработка ее под анестезией острой ложкой Фолькмана позволили избежать оперативного лечения, хотя свищ у 2 больных оставался на протяжении 2 мес.

Таким образом, количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных, перенесших геморроидэктомию в первой модификации было большим, чем после операции, произведенной по второй модификации, что также свидетельствует о целесообразности ушивания ран заднепроходного канала наглухо. В среднем больные после геморроидэктомии в первой

модификации приступали к работе через 1 мес после выписки из стациоиара, а перенесшие геморроидэктомию во второй модификации — иамного раньше — через 2—$2^1/_2$ нед.

Кроме того, для сравнения двух модификаций геморроидэктомии мы подвергли аиализу результаты гематологических и цитохимических исследований периферической крови, а также провели цитологические и цитохимические исследования раневого отделяемого и микробиологические исследоваиия ран у больных, оперированных по поводу геморроя двумя современиыми способами.

Эти исследования были проведены у 60 человек: 30 больным (первая группа) была произведеиа геморроидэктомия в первой модификации и 30 больным (вторая группа) произведена геморроидэктомия во второй модификации. Пол, возраст и клиническое течение заболевания были одинаковыми для обеих групп обследованных.

При изучении гематологических и цитологических показателей периферической крови было установлено, что на 2—3-й день после операции у больиых обеих групп наблюдалось умерениое повышеиие общего числа лейкоцитов, процента палочкоядериых нейтрофилов и отмечеио значительиое иарастание активности щелочной фосфатазы иейтрофилов (ЩФН) (табл. 13). Следует отметить, что указанные измененния показателей общей воспалительной реакции организма были более выражены по сравиеиию с исходными значеииями у больных после операции в первой модификации, где заживлеиие раны происходило вторичным натяжением. У этих больиых выявлялось достоверное повышение числа лейкоцитов и активности ЩФН по сравнению с группой больиых, которым производилось полное восстановление слизистой оболочки заднепроходного канала и рана заживала первичным натяжением. При дальнейшем иаблюдеиии было установлено, что в первой группе обследоваииых даже перед выпиской число лейкоцитов у больных хотя и снижалось, однако оставалось достоверио более высоким, чем у больных второй группы в тот же период иаблюдения. Неблагоприятным признаком при заживлении раны вторичным натяжением, по нашему миеиию, является также отсутствие компенсаторного повышения пероксидазной активиости нейтрофилов при сохраняющейся высокой активности ЩФН. Эти изменеиия свидетельствуют о более выражеиной воспалитель-

Таблица 13

Гематологические и цитохимические показатели периферической крови у больных, оперированных по поводу геморроя

Показатели	Группа больных и сроки обследования					
	первая группа			вторая группа		
	до операции	2—3-й день после операции	6—10-й день после операции	до операции	2—3-й день после операции	6—10-й день после операции
Гемоглобин, ед.	82,8±1,6*	76,8±2,2	75,1±2,6	73,8±2,5*	72,4±2,3	66,4±2,4
Лейкоциты, тыс/мкл	6,95±0,3	11,3±1,4*	8,9±0,2*	7,3±0,3	8,5±0,8*	7,38±0,73*
Лейкоцитарная формула, %:						
палочкоядерные	3,4±0,49	5,2±0,8	4,5±0,7	4,76±0,45	7,6±1,4	8,2±1,9
сегментоядерные	62,2±1,2	65,5±1,6	61,0±1,6	60,9±1,4	62,5±2,8	57,8±3,0
лимфоциты	28,2±1,4	22,0±1,3	25,1±1,0	28,2±1,3	21,7±2,6	23,8±1,5
СОЭ, мм/ч	6,3±0,5*	7,5±1,1	10,1±1,4	9,0±1,0*	9,3±1,3	13,7±1,6
Щелочная фосфатаза нейтрофилов (N40 — 90 ед.)	51,8±4,9	91,0±9,2*	91,2±9,3	38,6±2,6	59,8±7,9*	83,8±9,9
Миелопероксидаза (N180 — 220 ед.)	196,2±4,1	185,0±6,9	191,5±5,0*	189,0±7,1	181,3±9,7	218,5±7,6*

* Показатели, достоверно отличающиеся от соответствующего показателя в другой группе в тот же период исследований.

ной реакции организма у больных после геморроидэктомии в первой модификации.

Проведенный анализ частоты указанных гематологических сдвигов в обеих группах до и после операции также подтверждает изложенное выше (табл. 14).

Как видно из табл. 14, во все периоды обследования анемия наблюдалась чаще у больных второй группы. Так, при поступлении она была выявлена у 6 из 30 обследованных во второй группе и лишь у 1 больной в первой группе. Однако после оперативного вмешательства частота анемии во второй группе по сравнению с исходными данными возросла лишь незначительно (в 1,3 раза). В то же время в первой группе число больных с анемией в послеоперационном периоде увеличилось в 4 раза.

Повышенное число лейкоцитов до операции также чаще отмечалось у больных второй группы: в семи наблюдениях по сравнению с тремя в первой группе. После операции у больных первой группы оно было выявлено уже в половине всех наблюдений, в то время как во второй группе лишь в $^1/_4$—$^1/_5$ части случаев.

Палочкоядерный сдвиг при поступлении в 3 раза чаще был отмечен во второй группе больных, а после оперативного вмешательства частота указанного сдвига по сравнению с исходными данными в этой группе воз-

Таблица 14

Частота изменений гематологических показателей до и после операции у больных, оперированных по поводу геморроя

Гематологические показатели	Группы больных и сроки обследования					
	первая группа			вторая группа		
	при поступлении	2—3-й день после операции	6—10-й день после операции	при поступлении	2—3-й день после операции	6—10-й день после операции
Анемия (Hb менее 10%)	1	3	4	6	6	8
Лейкоцитоз (свыше 10 тыс/мкл)	3	16	15	7	8	6
Палочкоядерный сдвиг (больше 6%)	2	12	10	6	12	10
Ускорение СОЭ (свыше 10 мм/ч)	1	8	8	5	8	10

росла только в 2 раза, а в первой — в 5 раз. Различия средних величин палочкоядерного сдвига после операции в обеих группах оказались статистически недостоверными. Это объясняется тем, что высокое среднее значение указанного показателя во второй группе было связано с увеличением процента палочкоядерных форм до 20 и более лишь у 2 больных этой группы; в то же время в остальных наблюдениях эта величина была невысокой. При этом у одного из этих больных повышенное число молодых форм нейтрофилов объяснялось сопутствующими урологическими расстройствами и не было связано с течением самого раневого процесса.

Увеличение СОЭ — более частое у больных второй группы до и после операции — может быть связано с большей частотой анемии у них. Однако и этот показатель в послеоперационном периоде у больных первой группы изменялся чаще, чем во второй, по сравнению с исходными данными.

Таким образом, несмотря на то что у больных второй группы при поступлении в клинику чаще наблюдались изменения гематологических показателей (снижение гемоглобина, увеличение СОЭ и числа лейкоцитов), в послеоперационном периоде у больных этой группы по данным гематологических и цитохимических исследований общая воспалительная реакция организма оказалась менее выраженной, чем у больных первой группы.

При исследовании цитологических препаратов раневого отделяемого определяли виды различных клеточных элементов, учитывали их количество и состояние (выраженность дистрофических и дегенеративных изменений). Большое значение для оценки течения раневого процесса имеет динамика соотношения форменных элементов крови (эритроцитов, нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов) и тканевых клеточных элементов(гистиоцитов, эпителиоидных клеток, полибластов, макрофагов и фибробластических элементов).

Наряду с этим при исследовании мазков отмечалось наличие микробной флоры и оценивалась степень фагоцитирования микробов нейтрофилами, т.е. вне- или внутриклеточное расположение бактерий.

Условно по поглощению микробов нейтрофилами выделяли три степени фагоцитоза: 1) слабо выраженный— на фоне значительного количества внеклеточно расположенной микробной флоры встречаются единичные в

препарате лейкоциты с небольшим числом фагоцитированных микробов; 2) умеренно выраженный — при наличии внеклеточно расположенной флоры почти в каждом поле зрения встречаются лейкоциты с внутриклеточным расположением микробов; 3) значительно выраженный — большинство нейтрофилов содержат фагоцитированные микроорганизмы, т. е. отмечается преимущественно внутриклеточное расположение бактерий.

Динамическое изучение цитологической картины раневого экссудата показало, что у большинства больных первой группы длительно, иногда на протяжении 5—10 дней, держалась гранулоцитарная и макрофагальная реакция, т. е. отмечалась задержка развития фаз клеточной реакции. В связи с этим при описании цитограмм нами были выделены в основном три периода в течении раневого процесса при заживлении раны «открытым» способом: 1) период начальных дегенеративных изменений — 2—3 дня после операции; 2) период нарастания воспалительной реакции в ране — 4—6 дней, в некоторых случаях до 8—10 дней; 3) период наступления репаративных процессов — 8—10—12 дней.

Цитологическая картина первого периода характеризовалась наличием большого числа свежих и лизированных эритроцитов, что свидетельствует о значительной примеси крови в раневом экссудате. Иногда в мазках отмечался гомогенный фон, состоящий из остатков разрушенных эритроцитов. Встречалось небольшое количество нейтрофилов (3—5—8 в поле зрения), часто в состоянии дистрофических изменений. Количество смешанной микрофлоры было умеренно, местами встречались большие скопления кокковой флоры, фагоцитоз, как правило, в этот период выражен слабо. Одноядерные элементы были представлены главным образом элементами крови: лимфоцитами и моноцитами, встречались единичные макрофаги и эозинофилы. Лишь у 3 больных первой группы в этот начальный период появились клеточные признаки наступления регенерации в ране: отмечались единичные моноцитоидные полибласты, эпителиоидные клетки и фибробластические элементы.

При цитохимическом исследовании лейкоцитов раневого экссудата в этот период активность ЩФН была выявлена более чем в $^1/_3$ части клеток и составляла в среднем 42,8±6,0 ед. Пероксидазоположительную реакцию давали 69,8±5,5% нейтрофилов и активность фермента составила 83,0±6,7 ед.

Начиная с 4—5-го дня в цитограммах раневого отделяемого нарастало число нейтрофильных лейкоцитов до 30—50 в поле зрения, иногда они сплошь покрывали все поле зрения, что свидетельствует о развитии активной гранулоцитарной реакции в ране. Большинство лейкоцитов — в стадии дистрофических изменений, эритроциты, как правило, все лизированы. В большинстве цитограмм было отмечено огромное количество внеклеточно расположенной микрофлоры, преимущественно кокковой. Фагоцитоз выражен умеренно. Изредка встречалось небольшое число одноядерных элементов типа моноцитоидных полибластов и макрофагов. У большинства обследованных больных такая цитологическая картина наблюдалась до 6—8 и даже 10 дней после операции.

При цитохимическом исследовании нейтрофилов раневого экссудата в этот период отмечался достаточно высокий уровень активности ЩФН, в среднем равный 46,8±4,5 ед. В то же время активность пероксидазной реакции в нейтрофилах на протяжении этого периода продолжала снижаться и к 8—10-му дню составляла 39,3±7,0 ед.

В дальнейшем, к 6—8-му дню, в цитограммах раневого отделяемого отмечалось значительное количество волокнистых бесструктурных образований. Клеточные элементы были представлены небольшими скоплениями полибластов, макрофагов, фибробластов. Число нейтрофилов снижалось в этот период до 15—20, в мазках много разрушенных клеток. Флора скудная, расположена преимущественно внеклеточно, фагоцитоз слабо выражен.

К 10—12-му дню мазки были очень скудными, так как происходила фиксация клеточных элементов в ране. Среди волокнистых образований изредка были видны заключенные в них небольшие скопления наполовину разрушенных лейкоцитов. Микробная флора почти отсутствовала. Несмотря на небольшое число клеточных элементов, почти в каждом мазке встречались эпителиоидные клетки, макрофаги и фибробластические элементы.

В связи с тем что при заживлении «открытой» раны в течение длительного периода держалась гранулоцитарная реакция, при цитохимическом исследовании удалось оценить активность ферментов не только по проценту клеток с положительной реакцией на фермент, но и в условных единицах активности. Так, к 10—12-му

дню активность ЩФН несколько снизилась — до 34,6 ед., а уровень миелопероксидазы (МП) оставался по-прежнему низким. В случаях осложненного течения активность ЩФН оставалась довольно высокой, как и в первые дни, а пероксидазная реакция была снижена.

Таким образом, исследование раневого экссудата у больных первой группы, где заживление раны происходило «открытым» способом, показало, что в динамике раневого процесса прослеживаются три периода клеточных реакций.

В начальном периоде (2—3 дня после операции) в раневом отделяемом преобладают большей частью разрушенные клеточные элементы крови и, как правило, еще отсутствует активная гранулоцитарная реакция. Крайне редко в этот период (всего в 3 наблюдениях) встречаются тканевые клеточные элементы, свидетельствующие о наступлении репаративных процессов в ране.

Активная гранулоцитарная реакция наступала в большинстве случаев на 4—5-й день после операции и сопровождалась выраженными дистрофическими изменениями лейкоцитов, нарастанием числа макрофагов, наличием большого количества микробной флоры, преимущественно кокковой. Все это свидетельствовало о нарастании воспалительной реакции в ране. У большинства больных первой группы клеточные признаки воспаления (гранулоциты и макрофаги) наблюдались на протяжении длительного времени, иногда вплоть до 10-го дня.

Цитологическое и цитохимическое исследование раневого отделяемого у больных после геморроидэктомии с полным восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала показало следующее. На 2-й день после операции цитограмма раневого отделяемого напоминала картину периферической крови. В мазках большое число свежих и измененных эритроцитов, до 60—80 в поле зрения, лейкоциты — 0—1—2, до 5 в поле зрения, главным образом, нейтрофильные. Микробная флора в большинстве препаратов отсутствует или очень скудная. К 3-му дню отмечается выраженная гранулоцитарная реакция в раневом отделяемом, количество нейтрофилов нарастает, они располагаются большими скоплениями, до 20—40 клеток. В части из них появляются начальные признаки дистрофических изменений (гипертрофия ядра, нечеткость контура клетки, вакуолизация

цитоплазмы). Микробная флора не очень обильная, смешанная, преимущественно палочковая, располагается она вне- и внутриклеточно. Фагоцитоз выражен умеренно. В этот период в мазках появляются одноядерные элементы, главным образом кровяного происхождения (лимфоциты, моноциты), и иногда единичные макрофаги и полибласты, а также эозинофилы. У 11 из 30 обследованных уже на 2—3-й день после операции при цитологическом исследовании раневого отделяемого отмечались признаки наступления ранней активной регенерации в ране. В цитограммах уменьшалась выраженность гранулоцитарной реакции и появлялись одноядерные клеточные элементы: моноцитоидные полибласты, полибласты с базофильной цитоплазмой, эпителиоидные и тучные клетки, фибробластические элементы.

При цитохимическом исследовании лейкоцитов раневого отделяемого в этот период активность щелочной фосфатазы нейтрофилов (ЩФН) выявлялась в 18—20% клеток и составляла в среднем 20,3±4,7 ед. Большинство нейтрофилов (85,8%) давали положительную пероксидазную реакцию и в среднем активность МП составила 106,4±13,5 ед.

На 4—6-й день после операции в цитограммах раневого отделяемого уменьшается число эритроцитов до 20—40 в поле зрения, большинство из них находится в состоянии лизиса. Нейтрофильные лейкоциты встречаются большими скоплениями до 30—50 и более. Среди последних много разрушенных, с ядрами в виде бледно окрашенного пятна и едва заметной цитоплазмой.

В мазках обильная смешанная флора, увеличивается количество кокков, микроорганизмы расположены вне- и внутриклеточно. Фагоцитоз активный. Появляются единичные в препарате фагоцитирующие макрофаги. По сравнению с предыдущим периодом обследования увеличивается число одноядерных элементов, в основном за счет моноцитоидных клеток и полибластов с резко базофильной цитоплазмой. В препаратах встречаются единичные эпителиодные клетки, гистиоцитарные элементы и эозинофилы.

При благоприятном течении раневого процесса снижается активность ЩФН до 13,3±4,0 ед. и она выявляется лишь в 12,7±3,4% клеток. Активность МП также снижается в среднем до 79,2±14 ед., однако процент пероксидазоположительных клеток был еще высоким (43,8±8,5).

В этот период у 3 обследованных из второй группы развились осложнения в виде отека раны и налетов. У этих больных в мазках раневого отделяемого отмечалось значительное количество нитей фибрина, преимущественно внеклеточное расположение микробной флоры, фагоцитоз был слабо выражен, большое число нейтрофилов с выраженными дегенеративными изменениями (кариорексис, кариолизис, цитолиз); одноядерные элементы были представлены в основном лимфоцитами и макрофагами. При развитии осложнений наблюдалась низкая активность МП в лейкоцитах раневого отделяемого.

Наши наблюдения показывают, что при активном фагоцитозе быстро уменьшается уровень ЩФН и уже к 5—6-му дню после операции он снижается значительно, а в ряде случаев активность фермента падает до 0. В то же время пероксидазная активность в лейкоцитах раневого отделяемого при хорошем заживлении раны продолжает выявляться почти в половине клеток.

На 7—9-й день после операции в мазках имелось небольшое количество эритроцитов, в основном измененных, небольшие скопления нейтрофилов до 20—30 клеток, часть из них разрушена или с выраженными дегенеративными изменениями, встречаются эозинофилы. Фагоцитоз выражен умеренно, флора не очень обильна, преимущественно кокковая. В некоторых препаратах большое число фагоцитирующих макрофагов, иногда скопления их. Одноядерные элементы представлены главным образом полибластами и гистиоцитами, появляются волокнистые образования, тяжи.

Если в первые дни после операции при исследовании лейкоцитов раневого отделяемого еще представлялось возможным определить степень активности фермента и оценить общий уровень его в условных единицах, то к концу 1-й недели из-за выраженных дегенеративных изменений в лейкоцитах и лизиса клеток оказалось возможным определение только процента нейтрофилов, в которых выявлялись признаки активности ЩФН и МП.

В этот период некоторому снижению фагоцитарной активности лейкоцитов соответствовало небольшое повышение процента фасфатазположительных лейкоцитов до 18,8±5,7%, количество же пероксидазоположительных лейкоцитов оставалось на постоянном уровне (40,0±9,2%).

К 10-12 дню после операции при цитологическом исследовании мазков отмечается снижение общей клеточ-

ной реакции, в раневом отделяемом мало клеточных элементов. Вероятно, происходит их фиксация в ране. В цитограмме небольшое количество разрушенных нейтрофилов, флора скудная, явления фагоцитоза слабо выражены. Одноядерные элементы представлены единичными макрофагами, полибластами, фибробластами, фиброцитами. Значительное количество волокнистых образований. В случаях благоприятного заживления раны при цитохимическом исследовании лейкоцитов раневого отделяемого активность ЩФН практически уже не выявляется, а активность СП стабильно обнаруживается почти в половине клеток.

Таким образом, при исследовании раневого отделяемого больных второй группы, где заживление раны происходило первичным натяжением, было установлено, что динамика раневого процесса у них характеризуется последовательной сменой фаз клеточной реакции. При этом в цитограммах раневого отделяемого в первые же дни после операции наблюдается активная гранулоцитарная реакция, которая продолжается недолго и сменяется выраженной реакцией одноядерных элементов (мононуклеарная фаза). Так, более чем у $^1/_3$ больных второй группы (11 человек из 30 обследованных), которым была произведена операция геморроидэктомии с полным восстановлением слизистой заднепроходного канала, по данным цитологического исследования отмечено раннее наступление активной регенерации в ране (уже на 2 — 3-й день после операции). Признаками ее является появление полибластов, эпителиодных элементов, тучных клеток и профибробластов. У остальных больных наступление мононуклеарной фазы клеточной реакции наблюдалось несколько позже (на 4—6-й день). При цитологическом исследовании раневого отделяемого в более поздние сроки (на 7—9-й день) отмечалось нарастание фагоцитирующих макрофагов, что наряду с активной фагоцитарной функцией макрофагов (нейтрофильных лейкоцитов) приводит к быстрому очищению раны и свидетельствует об активности защитной реакции организма. По мере очищения раны и освобождения ее от инфекции (микробной флоры) в раневом отделяемом появляется значительное число полибластов, эпителиоидных клеток, профибробластов и фибробластов, что свидетельствует уже о начинающемся заживлении. Замечено, что чем раньше на фоне нейтрофильной реакции появлялись гистиоцитарные элементы и профибро-

бласты, тем, по данным клинического обследования, быстрее наступало заживление раны: у подавляющего большинства больных второй группы (у 27 из 30 больных) клинически также отмечено хорошее заживление раны в эти сроки.

В тех случаях, когда клинически наблюдалось осложненное течение, клеточные признаки наступления репаративных процессов появлялись в более поздние сроки. В раневом отделяемом в этих случаях преобладали нити фибрина, обильная флора, большое число нейтрофилов с выраженными дегенеративными изменениями; одноядерные элементы были представлены главным образом лимфоцитами и макрофагами. Клинико-цитологические сопоставления показали, что обильное количество микробной флоры, расположенной преимущественно внеклеточно, и большое число разрушенных нейтрофилов являются неблагоприятным признаком и свидетельствуют об осложненном течении раневого процесса у данных больных.

Изучение энзиматической активности лейкоцитов раневого отделяемого у больных второй группы позволило объективно оценить выраженность местной воспалительной реакции и функциональную активность нейтрофилов.

Уже в первые дни после операции по второй модификации наблюдается активация ферментных систем лейкоцитов (ЩФН и МП). В дальнейшем при благоприятном заживлении раны наблюдается постепенное снижение уровня ЩФН, что говорит об уменьшении воспалительного процесса. В то же время пероксидазная активность во все периоды исследования держалась на стабильном уровне и отмечалась в 40—80% нейтрофилов, что свидетельствует о достаточной функциональной активности лейкоцитов раневого отделяемого.

В тех случаях, когда течение раневого процесса было осложненным, активность ЩФН либо не снижалась, либо падала до 0. Это часто сочеталось с низкой активностью МП. Наши исследования показали также, что изменения активности ЩФН коррелируют с выраженностью фагоцитарной реакции нейтрофилов: при активном фагоцитозе наблюдается более выраженное снижение уровня ЩФН.

Таким образом, при сравнительном анализе данных цитологического исследования раневого отделяемого в двух группах больных установлено, что различия цито-

логической картины касаются в основном сроков развития различных фаз клеточной реакции.

Как правило, у больных второй группы при заживлении раны первичным натяжением мы наблюдали активное и раннее развитие гранулоцитарной реакции в ране, которая быстро сменялась появлением одноядерных элементов в цитограммах раневого экссудата, свидетельствующих о наступлении репаративных процессов. В то же время у больных первой группы, где рана заживала вторичным натяжением, отмечалась задержка развития фаз клеточной реакции: более продолжительно держалась гранулоцитарная и макрофагальная реакция и позже появились клеточные признаки активной регенерации в ране. Изучение цитоэнзиматической активности лейкоцитов раневого отделяемого показало, что во все периоды исследования более выраженная пероксидазная активность нейтрофилов наблюдалась у больных второй группы при заживлении раны первичным натяжением. В этой же группе наблюдался более низкий уровень ЩФН. Эти исследования свидетельствуют о менее выраженной местной воспалительной реакции в ране, достаточной функциональной активности иейтрофилов и удовлетворительном состоянии процессов тканевого дыхания при заживлении раны первичным натяжением. Это в свою очередь способствует благоприятному течению восстановительно-пластических процессов при заживлении такой раны.

Приведенные данные согласуются с клиническими наблюдениями за процессом заживления раны. Отмечено, что при заживлении раны вторичным натяжением почти у половины больных первой группы к 4—5-му дню после операции наблюдался отек раны и появлялись налеты. В то же время у больных второй группы подобные осложнения были отмечены лишь в 3 наблюдениях.

Следовательно, полученные результаты цитологического и цитоэнзиматического исследования раневого отделяемого, а также гематологического и цитохимического изучения периферической крови отражают течение раневого процесса и могут быть использовать для объективной оценки различных методов оперативного вмешательства.

Анализ данных, полученных при микробиологическом исследовании, показал, что до и во время операции в местном микробиологическом статусе между обеими группами больных различий не было. При этом исследо-

валась аэробная микрофлора серий смывов: 1) с кожи операционного поля, не обработанной антисептическими растворами; 2) с кожи после обработки антисептиками; 3) с поверхности наружных швов; 4) с поверхности внутренних швов. На коже перед операцией преобладали эшерихии. Остальные микроорганизмы (различные кокки, энтеробактерии Proteus, Citrobacter, Klebsiella, Enterobacter), псевдомонады, грибки встречались либо менее чем у $1/3$ больных, либо в единичных случаях. Монокультуры обнаруживались достоверно чаще, чем ассоциации микроорганизмов. Обработка кожи антисептическими растворами позволила добиться полного угнетения роста микроорганизмов у 58,3% больных. У остальных больных, несмотря на проведенное санирование, на поверхности кожи сохранялись эшерихии и в единичных случаях кокки, протеи, условно-патогенные энтеробактерии рода Citrobacter.

В смывах, взятых с поверхности внутренних и наружных швов во время операции, состав флоры практически сходен с тем, который выявлялся на коже до начала операции. Итак, в двух группах больных, оперированных различными способами, микробиологический статус в момент оперативного вмешательства был сходен.

Однако уже начиная со 2-го дня после операции возникают и постепенно (к 8—9-му дню) все более увеличиваются различия в микробном ценозе в ране у больных обеих групп. Эти различия касаются в первую очередь динамики условно-патогенных групп микроорганизмов (энтеробактерий Proteus, Citrobacter, Klebsiella, Enterobacter).

На 2-й день после операции протеи обнаружены в 24,0% ран у больных первой группы и только в 10,3% ран второй группы оперированных. На 3-й день частота обнаружения протеев в ране у первой группы больных составила 28,5%, на 5-й день — 30,0%, на 8-й день — 38,4%, на 10—11-й день — 68,7%. В то же время в закрытых ранах (вторая группа) частота обнаружения протеев на 3-й день составила только 8,3%, т. е. достоверно ниже, чем в открытых; на 4-й день протеи не обнаружены ни у одного из обследованных больных второй группы, а на 5—7-й день они высеяны у 12,5—14,2% больных, что также достоверно ниже, чем при частичном ушивании ран.

Еще более значительные различия выявлены в частоте обнаружения других условно-патогенных эн-

теробактерий. Если в закрытых ранах они высеялись лишь на 2-й и 3-й день после операции у 16,6—17,2% больных, а в дальнейшем не выявлялись, то в открытых ранах эти бактерии обнаруживались постоянно во все дни наблюдения, с постепенным возрастанием частоты обнаружения со 2-го к 7—8-му дню после операции с 12,0% до 38,4%. Такие микроорганизмы, как псевдомонады, ни разу не высеяны у больных с закрытыми ранами, а у больных с открытыми ранами они выявились на 6-й день у 12,5% и обнаруживались до 10—14-го дня (до момента выписки) у 6,2—7,6% больных.

В группе эшерихий по частоте обнаружения заметных различий не выявлено до 7—8-го дня после операции. После этого срока в закрытых ранах частота обнаружения эшерихий остается высокой (75,0%) и практически сходной с таковой в начале послеоперационного периода, а в открытых ранах частота эшерихий достоверно снижается в течение 10—11 дней с 80,0% до 31,2%. Происходит процесс вытеснения эшерихий протеями, псевдомонадами, т. е. условно-патогенными микроорганизмами.

Мы провели исследование качественной характеристики эшерихий, обнаруженных в ранах у больных обеих групп, с позиций признаков патогенности (наличие гемолизина, фибринолитической и гиалуронидазной активности). При этом установлено, что эшерихии с гемолитическими свойствами высевались только из открытых ран (на 2-й день после операции у 12,0%, на 3-й — у 21,4%, на 4-й — у 27,2%, на 6, 9, 10-й дни — у 12,5%). Достоверно чаще в таких ранах обнаруживались эшерихии с фибринолитической активностью (53,3% среди 78 изученных культур), тогда как в закрытых ранах частота подобных штаммов составила только 21,0% (среди 93 культур). Гиалуронидазной активностью обладали 47,7% штаммов из 70 культур, высеянных из открытых ран, и лишь 15,3% культур из закрытых ран.

Сравнивая группу кокковых микроорганизмов, мы установили, что в закрытых ранах эта группа представлена главным образом негемолитическими диплококками. Кокки обнаруживались примерно у $^1/_3$ больных (33,3—34,0%) до 5-го дня после операции, к 6—8 дню после операции частота их несколько снижалась (до 14—25%), к 9—14-му дню после операции возрастала до 75,0—83,3%. В открытой ране до 4-го дня после операции кокки высевались с частотой, близкой к на-

блюдаемой при ушитой наглухо ране (32,0—45,4%), на 5-й день частота их возросла до 60,0%, однако начиная с 6-го и до 10—14-го дня кокки встречались редко (в 12,5% случаев). Различия выявлены также и в видовом составе кокков; в открытой ране достоверно чаще обнаруживались условно-патогенные Staphylococcus ameus, гемолитические стрептококки, в том числе Streptococcus viridans.

Изучение микробных ценозов ран после геморроидэктомии, проводимой двумя различными методами, показало, что микроорганизмы могут быть условно разделены на две группы. Первую группу составляют сапрофитные, представленные эшерихиями и кокками без признаков патогенности. Эти микроорганизмы обнаруживались как в ранах, так и на коже до операции и, по нашим данным, не оказывали неблагоприятного влияния на процесс заживления.

Другую группу микроорганизмов составляют условно-патогенные микроорганизмы различных видов, включая энтеробактерии, кокки и псевдомонады. Подобные микробы в значительной степени формируют микробный ценоз частично ушитых ран.

Мы проанализировали также течение послеоперационного периода у 18 больных с открытыми ранами. У всех больных в раневом отделяемом обнаружены условно-патогенные микроорганизмы, высевавшиеся практически на всем протяжении обследования. В послеоперационном периоде у 12 из 18 этих больных отмечалось повышение температуры тела до 38,0—39,0°C, у 14 больных были боли в области раны (сохранявшиеся иногда до выписки больных из стационара), у 11 больных отмечены патологические налеты на поверхности раны, у 6 — отек в области раны, у 3 отмечена вялая грануляция ран. Приведенные цифры свидетельствуют о весьма вероятной взаимозависимости осложнения послеоперационного периода с присутствием условно-патогенных микроорганизмов в ране.

В то же время в группе больных с ушитыми наглухо ранами спорадические находки условно-патогенной флоры не вызывали в ранах инфекционных осложнений.

Таким образом, проведенное клинико-микробиологическое сопоставление двух методов геморроидэктомии позволяет высказать мнение о более благоприятном микробиологическом статусе ушитых наглухо ран по сравнению с открытыми ранами. Восстановление слизи-

стой оболочки заднепроходного канала, по всей вероятности, создает условия, при которых потенциально патогенные группы микроорганизмов, обладающие набором признаков агрессивности, включая токсинообразование, не могут развиваться и участвовать в осложнении послеоперационного течения.

Наши данные о благоприятном течении «закрытых» ран согласуются с мнением о целесообразности первичного шва слизистой оболочки прямой кишки.

Таким образом, клинические и специальные методы сравнения результатов двух способов геморроидэктомии показывают целесообразность выполнения геморроидэктомии с иссечением трех групп внутренних геморроидальных узлов и с ушиванием ран заднепроходного канала наглухо.

Глава 8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Не отрицая всей важности борьбы за снижение ранних послеоперационных осложнений геморроидэктомии, за быстрейшую трудовую реабилитацию оперированных больных, мы все же считаем наиболее важным достижение хороших отдаленных результатов лечения.

При геморрое, как, пожалуй, ни при каком другом заболевании, отдаленные результаты операции оставляют до сих пор желать лучшего. Всем хирургам известно, что после геморроидэктомии с помощью перевязки узлов почти у половины больных через 3—5 лет кровотечения, неприятные ощущения после дефекации возобновляются, а затем почти у трети оперированных вновь наблюдается выпадение узлов. С точки зрения изложенной в данной книге современной теории патогенеза геморроя это легко объяснить: анатомический субстрат заболевания при перевязке и удалении только дистальных частей внутренних узлов остается на месте и потому при продолжении действия неблагоприятных факторов, таких, как запоры, тяжелая физическая нагрузка и т. п., через определенное время узлы вновь увеличиваются и клинически проявляются признаки рецидива геморроя.

В большинстве отечественных публикаций тем не менее отмечаются хорошие отдаленные результаты обычной перевязки геморроидальных узлов, но при анализе этих работ выявляется, что приводимые в них

данные далеко не однозначны. Анализ основан, как правило, на небольшом количестве наблюдений. Только К. В. Шошина (1950) обследовала почти 200 больных, но из 385 оперированных, что делает ее данные неполными. В этой работе показано, что в течение 1—11 лет после операции 82% больных считали себя выздоровевшими, 14% отметили только улучшение, а у 14 больных возник рецидив. С другой стороны, К. Н. Баландин (1964) проследил в сроки до 14 лет после операции 97 человек из 105 оперированных по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов. Ни в одном случае рецидива не отмечено, хотя малое число наблюдений несколько снижает ценность этих исследований. Мы уже указывали выше, что при современных методах направленной послеоперационной противовоспалительной терапии можно оперировать острый геморрой безболезненно. Полученные К. Н. Баландиным результаты еще раз в этом убеждают, тем более что в этой работе анализируются данные обычной, а не современной щадящей техники геморроидэктомии. Автор отметил, что в раннем послеоперационном периоде задержка мочи зафиксирована только у 4 больных, а субфебрильная лихорадка в течение 2—3 дней — всего у 6 человек, т. е. ни по числу, ни по характеру отмеченные осложнения не превышали таковых, наблюдаемых после плановых операций по поводу геморроя.

Приходится еще раз констатировать, что и сейчас некоторые хирурги применяют далеко не безопасную операцию Уайтхеда при геморрое. Основываясь на очень малом опыте (всего 40 операций), А. И. Гусев (1960), к примеру, рекомендует методику Уайтхеда в модификации Богораза для широкого применения. Вряд ли такая рекомендация оправдана. Тот же А. И. Гусев анализирует результаты инъекционной терапии геморроя склерозирующими препаратами. Полное излечение в течение $1\frac{1}{2}$ лет получено только у 47% больных. Мы также склонны рассматривать склеротерапию при геморрое главным образом как паллиативный, но вполне удовлетворительный метод лечения, когда в клинике превалируют упорные кровотечения, а внутренние узлы не выпадают. Таких больных бывает обычно не больше 30% от общей массы страдающих геморроем. В связи с этим увлечение некоторых авторов [Геллер А. Н., 1971; Тимохин Ю. В., 1979; Шидловский И. Н., 1980] инъекционным способом лечения, их предложения чуть

ли ее заменить этой терапией операцию по поводу геморроя представляются нам необоснованными. Об этом же говорит, к примеру, R. Turell (1972) в передовой статье американского журнала «Хирургия», специально посвященной современным взглядам на патогенез и лечение геморроя.

Наиболее полно дан анализ отдаленных результатов хирургического лечения геморроя в работе A. Davy, U. Marel (1971), подытоживающей опыт 900 операций, выполненных по методике проктологического госпиталя Св. Марка в Лондоне, т. е. с иссечением снаружи внутрь трех основных геморроидальных внутренних узлов с оставлением полностью открытыми перианальных ран. Эта техника легла в основу приведенных выше наших модификаций геморроидэктомии, и потому было особенно интересно сравнить отдаленные результаты этих операций с нашими данными. Авторы при анализе делят всех больных на три группы. В первой, наибольшей по числу (583 больных) наступило полное выздоровление в течение 4—6 нед после операции, и отдаленные исходы у них хорошие: при контрольных обследованиях в разные сроки (к сожалению, не уточнено, в какие именно) никаких жалоб больные не предъявляли, исследование прямой кишки пальцем было у них безболезненно, функция сфинктера нормальна. Во второй группе послеоперационное заживление ран длилось до 8 нед. Здесь 168 из 188 обследованных отметили, что кал у них выходит иногда в виде несколько уплощенной ленты, но без болей и без применения слабительных средств. Такое небольшое сужение заднего прохода больных совершенно не беспокоило, пальцевое исследование у них было безболезненно, объективно функция сфинктера не была нарушена. У остальных же 20 больных этой группы обнаружены выраженные рубцы в заднепроходном канале, им оказалось необходимым проведение бужирования или физиотерапии. Наконец, в третьей группе больных, также немалочисленной (129 оперированных) выявлено грубое рубцовое сужение заднего прохода. Рубцы располагались в основном между 6 и 12 часами по циферблату. Интересно, что больных эти рубцы почти не беспокоили, вернее, больные считали их естественным результатом операции. В реферируемой работе рекомендуется оперировать по поводу геморроя только в «холодном» периоде болезни. Главный итог приведенного обследования — полное от-

сутствие рецидивов геморроя у 900 обследованных. Правда, данных обследования через 5 лет и больше после операции приведено мало.

Начиная работу по изучению отдельных исходов геморроидэктомий в нашей клинике, мы изучили результаты операций с 1960 по 1973 г. За это время можно выделить 2 периода — сплошное оперирование традиционным способом простой перевязки узлов и такое же сплошное применение геморроидэктомии снаружи внутрь с частичным ушиванием трех перианальных ран (первая модификация НИИ проктологии).

Путем личного осмотра больных и опроса остальных по специально разработанной анкете собраны сведения о результатах геморроидэктомии у 1477 больных. Истории болезни этих больных, обработанные по специально составленному коду, были перенесены на карты с краевой перфорацией. В коде учитывались все важнейшие параметры — длительность болезни, предыдущее лечение, пол и возраст больных, сопутствующие заболевания, метод операции, очень подробно фиксировались все послеоперационные осложнения и т. д. Материал затем был подвергнут статистической обработке.

Данные о числе обследованных больных, количестве и сроках возникновения у них рецидивов геморроя после операций представлены в табл. 15. Как видно из этой таблицы, в сроки от 2 до 3 лет после операций число рецидивов минимально (1,2%), а затем оно постоянно нарастает, достигая максимума (8,3%) через 10—12 лет после вмешательства.

Таблица 15

Отдаленные результаты хирургического лечения геморроя

Срок после операции, годы	Всего обследовано больных	Из них здоровы	Выявлено больных с рецидивом	
			абсолютное число	%
10—12	242	222	20	8,3(±1,77)
7—9	256	240	16	6,25(±1,55)
4—6	290	278	12	4,13(±1,15)
2—3	689	681	8	1,2(±0,4)
Итого	1477	1421	56	3,78 (±0,5)

Таблица 16

Отдаленные результаты геморроидэктомии у больных разного возраста

Возраст оперированных больных, годы	Всего обследовано больных	Из них здоровы	Больные с рецидивами	
			абсолютное число	%
До 20	5	5	0	
21—30	96	91	5	5,21 (±2,27)
31—40	390	379	11	3,05 (±0,88)
41—50	564	539	25	4,43 (±0,86)
51—60	316	304	12	3,8 (±1,08)
61—70	98	95	3	3,06 (±1,74)
Старше 70	8	8	0	
Итого	1477	1421	56	3,78 (±0,5)

Устоявшееся почему-то в литературе мнение о том, что наибольшее число рецидивов после операции геморроя возникает в течение первых 2—3 лет, не подтверждается [Гусев А. И., 1960, и др.].

У мужчин и женщин частота возникновения рецидивов по периодам наблюдения существенных различий не имела.

Отдаленные результаты геморроидэктомии в зависимости от возраста оперированных больных показаны в табл. 16.

Из этой таблицы следует, что у лиц, оперированных в более пожилом возрасте, возврат болезни отмечается реже, чем у более молодых. Это вполне естественно, особенно если прибегать к стандартизации показателей по возрастам. Но есть и другие логичные объяснения этого факта: продолжающееся действие отрицательных факторов, таких, как злоупотребление спиртным и острой, соленой пищей, профессиональные вредности (постоянное травмирование области заднего прохода у шоферов, сидячий труд), запоры и т. д., у более молодых людей чаще ведет к рецидивированию геморроя хотя бы потому, что действие большинства этих факторов после операции у них остается по-прежнему актуальным, в то время как у более пожилых людей, особенно пенсионеров, борьба с перечисленными вредностями, в том числе с запорами, может проводиться более интенсивно и направленно.

Кроме того, как видно из табл. 16, число оперируемых в возрасте старше 60 лет резко снижается. К этому возрасту у больных появляются выраженные сопутствующие поражения жизненно важных систем организма, и операция по поводу геморроя у них становится противопоказанной; время для нее упущено. Эта общепринятая точка зрения оправдывается, хотя в связи с изучением геморроя как патологии кавернозной ткани прямой кишки появляются и начинают все более рельефно прослеживаться и другие причины более редких операций геморроя у пожилых. Если следовать приведенным выше фактам об эмбриональной закладке и нормальном функционировании кавернозных телец прямой кишки, то надо признавать и возможные изменения ее при наступлении физиологической инволюции кавернозных тел. И действительно, мы все чаще при направленном опросе пожилых больных геморроем определяем, что у них и кровотечения становятся менее интенсивными, и выпадение узлов меньше беспокоит, остаются и усиливаются лишь жалобы, связанные с наличием наружных геморроидальных узлов, которые в силу необратимости изменений кожи и подкожной жировой клетчатки перианальной области представляют собой большие болезненные плотные образования, часто воспаляющиеся и мешающие герметичному закрытию заднепроходного отверстия, что усугубляется еще и часто наступающей у таких больных недостаточностью заднепроходного сфинктера. В связи с этим лечение геморроя у пожилых больных чаще сводится к соблюдению щадящего туалета после стула, борьбе с запорами, диете и т. д., а не к рекомендации радикальной операции.

Интересны сравнительные данные об отдаленных результатах геморроидэктомии в зависимости от наличия и выраженности предшествовавших геморрою заболеваний пищеварительного тракта и сопутствующих поражений прямой кишки (табл. 17).

К предшествовавшим заболеваниям желудочно-кишечного тракта мы относили язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит и гепатит, гастрит, различные формы колитов, функциональную кишечную диспепсию (синдром раздраженной толстой кишки, упорные запоры и др.). В последнее время все чаще появляются свидетельства сочетаний болезней верхнего и нижнего этажей пищеварительного тракта [Юхвидова Ж. М., 1979, и др.]. Если говорить, ска-

Таблица 17

Отдаленные результаты геморроидэктомии в зависимости от предшествующих и сопутствующих заболеваний

Характер заболевания	Всего обследовано больных	Из них здоровы	Больные с рецидивами	
			абсолютное число	%
Заболевание желудочно-кишечного тракта	730	694	36	4,9 (±0,8)
Сочетание геморроя с другими проктологическими заболеваниями	292	284	8	2,4 (±0,28)
Сопутствующих заболеваний не выявлено	445	433	12	2,6 (±0,26)
Итого	1477	1421	56	3,78 (±0,26)

жем, об опухолевых поражениях прямой кишки, таких, как полипы и полипоз, то по данным нашей клиники [Стрекаловский В. П., Колесникова Г. Д., 1981], больше чем у половины таких больных при гастроскопии обнаруживают полипы или воспалительные поражения желудка. Но и при воспалительных проктологических заболеваниях, к которым ближе геморрой, различные поражения верхнего отдела пищеварительного тракта выявляются все чаще. Не углубляясь в патогенез такого рода сочетаний, отметим целесообразность, а у пожилых людей, страдающих геморроем, просто необходимость профилактического обследования пищеварительного тракта. Таким образом, можно выявить ряд бессимптомных ранних заболеваний, в том числе предрак (полипы) и рак желудка и толстой кишки.

Как видно из табл. 17, у 292 больных геморроем выявлены сочетанные поражения прямой кишки. Чаще всего это сочетания с анальной трещиной, проктитом, гипертрофическими анальными сосочками (папиллит), хроническим парапроктитом. Из табл. 17 видно также, что если число рецидивов геморроя у лиц с заболеваниями пищеварительного тракта составляет почти 5%, то при сочетанных проктологических заболеваниях и без них число рецидивов примерно одинаково. Это легко объяснимо. При гастрите, колитах, язвенной болезни желудка и т. д. операция по поводу геморроя не приво-

дит, естественно, к улучшению состояния этого предшествовавшего заболевания. Остаются расстройства деятельности кишечника, что отрицательно сказывается впоследствии. В то же время при сочетанных проктологических заболеваниях во время геморроидэктомии хирург обязательно санирует весь заднепроходной канал — иссекает трещину, удаляет анальные полипы (гипертрофические сосочки), иссекает параректальный свищ и т. д. Что же касается воспалительных заболеваний прямой кишки, сочетающихся с геморроем, то проктолог обязан предпринять у таких больных до операции соответствующее комплексное лечение проктита, проктосигмоидита, поносов и, как уже неоднократно говорилось, проводить после операции упорную борьбу с запорами. Так оно в большинстве случаев и происходит, если не считать операций по поводу геморроя, выполненных хирургами общего профиля в неспециализированных стационарах.

При анализе результатов предыдущего лечения мы неоднократно сталкивались с положением, когда пожилым больным геморроем хирурги проводили операцию, совершенно не учитывая предшествующий хронический колит, не назначая после операции никаких средств для профилактики запоров. Это и есть основные причины рецидивов геморроя. Конечно, сама техника современной геморроидэктомии, более радикальная и патогенетически обоснованная, способствует уменьшению числа рецидивов, но все же основной путь снижения их количества — санация кишечника до операции и действенные меры борьбы с запорами после нее. Мы полагаем, что результаты геморроидэктомии в отдаленные сроки, собранные в нашей клинике, достаточно удовлетворительны еще и потому, что вопросам такого сочетанного до- и послеоперационного лечения геморроя мы придаем основное значение. Операция — лишь этап в комплексном лечении больного геморроем.

Показательны, на наш взгляд, отдаленные исходы операции в зависимости от длительности заболевания (табл. 18).

Получается, что чем быстрее предпринята операция, тем чаще рецидивы. Такой парадоксальный вывод делать, конечно, нельзя. Необходимо учитывать форму и стадию геморроя: как правило, при геморрое с обильными и упорными кровотечениями операцию предпринимают почти безотлагательно, после чего быстро может

Таблица 18

Отдаленные результаты геморроидэктомии в зависимости от длительности заболевания

Длительность болезни, годы	Всего обследовано больных	Из них здоровы	Больные с рецидивами	
			абсолютное число	%
До 5	447	428	19	4,25 (±0,99)
5—10	401	387	14	3,5 (±0,92)
Больше 10	629	606	23	3,65 (±0,74)
Итого	1477	1421	56	3,78 (±0,5)

наступить и рецидив, ибо при перевязке узлов у таких больных (у них, как правило, узлы маленькие и едва идентифицируются хирургом) удаляют отнюдь не источник кровотечения, а, так сказать, емкость, в которую кровь набирается. Паллиативность операции в таких случаях очевидна, почему мы и рекомендуем этим больным не операцию, а склеротерапию. Что же касается больных, оперированных через 5, 10 и больше лет после появления признаков геморроя, то относительно меньшее число рецидивов у них объясняется их печальным опытом: они хорошо усвоили за время длительного течения своей болезни меры борьбы с ней и после операции, боясь рецидива, строго выполняют все предписания врачей.

В табл. 19 мы представляем отдаленные исходы операций в зависимости от формы геморроя.

Больные только наружным геморроем не учитывались, их было очень мало. Как и следовало ожидать, наибольшее число рецидивов обнаружено после операций по поводу геморроя с выпадением внутренних узлов и слизистой оболочки заднепроходного канала. Такой сложный и комбинированный геморрой возникает в большинстве случаев через 10—12 лет от начала заболевания и сопровождается очень часто недостаточностью функции анального жома. У этих больных при самом легком натуживании, кашле, чихании наружу выворачивается весь заднепроходный канал — видна зубчатая линия, но по длине столбик выпадающих тканей не превышает 3—4 см в отличие от выпадения всех слоев прямой кишки. Подробно дифференциальный диагноз этой

Таблица 19

Отдаленные результаты геморроидэктомии в зависимости от формы заболевания

Форма геморроя	Всего обследовано больных	Из них здоровы	Больные с рецидивами	
			абсолютное число	%
Без выпадения узлов	387	374	13	3,36 (±0,9)
С выпадением узлов	802	775	27	3,37 (±0,64)
С выпадением узлов и слизистой оболочки заднепроходного канала	200	188	12	6,0 (±1,68)
С обильными и упорными кровотечениями	88	84	4	4,45 (±2,2)
Итого . . .	1 477	1 421	56	3,78 (±0,5)

формы геморроя и выпадения прямой кишки приведен, как мы уже указывали, в работах Г. А. Подоляка и других отечественных авторов. Важно только отметить, что таких больных можно с успехом оперировать как больных геморроем, в то время как внутрибрюшная ректопексия или другие операции, применяемые при выпадении прямой кишки, оказываются у них неоправданно широким вмешательством и не приводят к успеху — геморроидальные узлы будут по-прежнему выпадать. Профилактика рецидивов в этой группе больных состоит в тщательном выполнении послеоперационных назначений — перевод на физически более легкую работу, предупреждение запоров и поносов. Из табл. 19 видно также, что на втором месте по частоте рецидивирования стоит геморрой с обильными и упорными кровотечениями. Объяснение этому факту мы только что привели: у таких больных, особенно если нет истинного выпадения внутренних узлов, ничуть не менее радикальной является склеротерапия.

Кроме приведенных в табл. 19 результатов, мы проанализировали также в пределах той же совокупности исходы лечения у 1102 больных, оперированных по поводу комбинированного — наружного и внутреннего — геморроя. Такое сочетание наиболее практически значимо, оно прослеживается почти у половины всех больных. Число рецидивов после операций в таких случаях соста-

Таблица 20

Отдаленные результаты геморроидэктомии в зависимости от способа операции

Название операции	Всего обследовано больных	Из них здоровы	Больные с рецидивами	
			абсолютное число	%
Обычная перевязка узлов	647	631	16	2,4 (±0,6)
Иссечение трех основных узлов с частичным ушиванием ран (первая модификация)	532	528	4	0,88 (±0,4)
Итого . . .	1 179	1 159	20	1,75 (±0,5)

вило 3,81%, т. е. статистически не отличалось от таковых при геморрое с выпадением узлов.

Конечно, наиболее важным являлось сравнение отдаленных исходов после обычной перевязки геморроидальных узлов и радикальной геморроидэктомии с иссечением трех основных внутренних узлов (первая модификация НИИ проктологии). К настоящему времени мы имеет сведения об этих результатах у 647 больных, оперированных по традиционной методике, и у 532 больных, оперированных по первой модификации (табл. 20). Эти операции были выполнены в 1968—1978 гг., когда и проводилось сравнение.

Выше мы отмечали, что при анализе ближайших послеоперационных результатов число и характер осложнений после новой операции были хотя и ниже, чем после обычной перевязки узлов, но если сравнивать весь массив оперированных по старому и новому методам, то разница эта не так велика. Здесь следует учитывать, что огромный, многолетний опыт клиники в выполнении традиционной операции при геморрое довел технику этого вмешательства до высокой степени совершенства, а ранние послеоперационные осложнения сводились к минимуму (если сравнивать их с таковыми в других, особенно общехирургических стационарах). В то же время в период освоения методики новой операции различные типичные для геморроидэктомии осложнения имели место почти так же часто, как и при перевязке узлов. В последующие годы, когда техника новой модификации геморроидэктомии была освоена всеми хирур-

гами клиники, число ранних и ближайших послеоперационных осложнений оказалось почти наполовину меньше, чем после перевязки узлов. Что же касается отдаленных исходов, то они сами говорят за себя (см. табл. 20).

При сравнении характера отдаленных осложнений (не рецидивов) после этих двух операций выяснилось, что они встречались примерно с одинаковой частотой — стриктура заднего прохода и недостаточность анального жома выявлены в 1,2%. В то же время после обычной геморроидэктомии отмечена, хотя и очень редко (0,3%), слабость сфинктера II степени, а после новой операции такое осложнение не встретилось ни разу.

Что касается сравнения результатов первой и второй модификации геморроидэктомии, то ранние и ближайшие сравнительные исходы их обсуждены выше. Показано, что вторая модификация достоверно лучше в этом отношении. Анализ отдаленных осложнений также в пользу второй модификации геморроидэктомии: в сроки до 6 лет после операции периодические боли в области заднего прохода во время и после дефекации оставались у 26 из 200 оперированных первым методом (13%) и только у 7 из 237 больных, перенесших операцию с полным восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала (2,9%). Эти операции выполнялись в последние годы, они в таблицу не вошли. У 16 больных после первой модификации геморроидэктомии пришлось в отдаленные сроки удалять оставленные наружные геморроидальные узлы, в то время как после операции по второй методике таких осложнений не было. Недостаточность заднепроходного сфинктера I степени при сравнении этих двух групп больных выявлена у 4 пациентов первой группы и ни в одном случае не выявлена во второй.

Однако, как видно из самого анализа этих отдаленных осложнений, они ни по числу, ни по характеру не могут идти ни в какое сравнение с осложнениями после обычной перевязки геморроидальных узлов. Здесь еще и еще раз можно засвидетельствовать, что сама техника геморроидэктомии с иссечением трех основных внутренних узлов является мерой предупреждения одного из самых неприятных осложнений — возникновения рубцовой стриктуры заднепроходного канала. Ни у одного больного также не отмечено утраты рефлекса на дефекацию, что изредка сопровождает простую перевязку

узлов и весьма часто является осложнением операции по Уайтхеду.

Наконец, ни одного рецидива геморроя после 237 операций, выполненных по методике иссечения трех узлов с полным восстановлением слизистой оболочки заднепроходного канала, не отмечено. Конечно, у нас пока еще мало наблюдений для окончательных выводов, еще недостаточны и сроки наблюдения за отдельными группами оперированных, но уже сейчас ясно, что обе модификации современной операции по поводу геморроя, основанные на патогенетически разумной и анатомически подтвержденной теории патогенеза этого заболевания, намного превосходят по своим ближайшим и отдаленным результатам традиционную методику простой перевязки геморроидальных узлов.

Глава 9

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ГЕМОРРОЕМ

Пожалуй, ни при одном проктологическом заболевании амбулаторная помощь не может быть настолько важна, как при геморрое. Более $^{2}/_{3}$ этих многочисленных больных могут начать и закончить полностью лечение у хирурга поликлиники. Учитывая к тому же, что начальные формы многих, в том числе опухолевых, поражений прямой кишки сходны по клиническим проявлениям с геморроем, диагностика этих заболеваний, а также лечение больных и дальнейшее наблюдение за ними в хирургическом отделении районной поликлиники является важным звеном в системе всеобщей диспансеризации населения нашей страны. Если учесть также, что частота опухолей толстой (прямой и ободочной) кишки в последние годы во всем мире возрастает как в абсолютных цифрах, так и в сравнительных показателях (по отношению ко всем опухолям пищеварительного тракта) и что в большинстве случаев рак прямой кишки возникает вследствии злокачественной трансформации полипов (аденом), сходных по клиническому течению с геморроем, то становится понятной роль, которую отводят хирургам поликлиники в своевременной диагностике и лечении этого заболевания. В разрабатываемой в настоящее время [Федоров В. Д., 1982—1983] системе раннего выявле-

ния доброкачественных опухолей толстой кишки, адекватного лечения больных этими опухолями и оптимальных сроков наблюдения за ними тактика по отношению к больным с клинически сходными заболеваниями, в том числе геморроем, играет существенную роль.

Мы намеренно адресуемся в данном случае не к проктологам, а к хирургам поликлиник, поскольку именно они впервые сталкиваются с больными геморроем. Известно [Милитарев Ю. М. и др., 1983], что к хирургам поликлиник обращаются почти 32% всех проктологических больных, среди которых больные геморроем составляют почти половину.

В главе 2 мы уже сообщали, что обращаются по поводу геморроя значительно меньше, чем действительно нуждаются в оказании помощи, и объясняли причины этого. Главные причины — ложная стыдливость, широкое распространение домашних, народных средств лечения, доброкачественность заболевания, привыкание к «своему геморрою». Различные народные средства, часто весьма эффективные, иногда приводят к уменьшению выраженности или полному исчезновению ведущего симптома геморроя — ректальных кровотечений. Однако при этом существует опасность, что будет потеряно время для проведения операции в том случае, если кровотечение было вызвано опухолью или если наряду с геморроем у больного имеется полип прямой кишки.

Получающие в настоящее время широкое распространение методы массового обследования населения (скрининг) на выявление скрытой крови в кале с помощью специальных тестов (гемокульт-тест, фека-тест и др.) больше подходят для ранней диагностики опухолей, прежде всего бессимптомных полипов толстой кишки. Геморрой же часто с самого начала проявляется визуально определяемыми геморрагиями, хотя они могут быть обусловлены не только геморроем. Приходится, к сожалению, повторять это неоднократно, поскольку до сих пор печально известная инертность врачей, а порой просто недостаточно ответственное отношение к больному с ректальным кровотечением, отсутствие необходимой онкологической настороженности часто приводят к печальным результатам. Диагностические ошибки чаще всего допускают в тех случаях, если у больного, кроме клинически выраженного геморроя, имеется опухоль прямой кишки, не выявленная врачом.

Определив пальцем геморроидальные узлы в типич-

ных местах и увидев на перчатке кровянистые выделения (слизь, гной и т. п.) хирург не должен успокаиваться и ставить окончательный диагноз «геморрой». Больному необходимо произвести ректороманоскопию, а при отсутствии патологических изменений в пределах достижимости жесткого ректоскопа — ирригоскопию или колоноскопию. Это тем более необходимо сделать в тех случаях, когда при наличии характерных жалоб на патологические выделения из заднего прохода хирург не обнаруживает геморроя.

Тактика хирурга поликлиники по отношению к больным геморроем состоит в основном в том, что он осуществляет собственно амбулаторное лечение и долечивание больных, выписанных из стационара после радикальных геморроидэктомий.

Амбулаторное лечение. При первом обращении к хирургу больные геморроем чаще всего жалуются на почти регулярные, связанные, как правило, с дефекацией небольшие кровотечения: в конце акта дефекации появляются капли или брызги алой крови, окращивая стенки унитаза. Обычно эти ректальные кровотечения быстро и самостоятельно проходят. Изредка, в основном у молодых больных с коротким анамнезом, первично возникают обильные кровотечения, приводящие к анемии, иногда даже к обмороку. Первая помощь при геморроидальном кровотечении — покой (домашний режим), холодные примочки (необязательно свинцовые), кровоостанавливающие свечи. Свечу, смазанную каким-либо жиром, вводят неглубоко в заднепроходный канал и в течение 1—2 мин удерживают ее снаружи марлевым шариком, не давая свече вывалиться наружу и в то же время не проталкивая ее в ампулу прямой кишки. Поскольку обычно кровотечение возникает у больных дома, вызванный хирург уже не наблюдает самой геморрагии, и потому приведенные выше лечебные мероприятия направлены уже на профилактику кровотечения.

Обследовав прямую кишку пальцем, хирург направляет больного на ректороманоскопию, при проведении которой сразу получает ответы на самые важные вопросы: имеются ли типичные внутренние геморроидальные узлы, язвы, полипы, каково состояние слизистой оболочки прямой кишки и т. д. Никаких инструментальных исследований прямой кишки нельзя предпринимать без предварительного обследования ее пальцем. Опытный хирург при пальцевом обследовании выявляет патологию пря-

мой кишки у 80% больных. Кроме того, таким методом он определяет состояние сфинктера заднего прохода (спазм или недостаточность), наличие и степень выраженности стриктуры (если больной ранее был оперирован на заднем проходе) и т. п. Все эти данные позволяют установить показания к дальнейшему исследованию, определить ее объем, способ проведения жесткой ректороманоскопии (в коленно-плечевом, коленно-локтевом положении или в положении на боку).

При наличии операционного стола с опускающимися под прямым углом головным и ножным концами очень удобно придать больному положение на животе с опущенными под углом ногами (инвертное положение). При этом больному легче перенести, а врачу — выполнить исследование жестким ректороманоскопом на протяжении 30 см. Жесткая ректороманоскопия — манипуляция неприятная, но безболезненная. Если при методически правильно проводимой ректороманоскопии жестким аппаратом, когда хирург под контролем глаза медленно продвигает хорошо смазанный жиром тубус и вводит воздух, больной жалуется на боли, то следует немедленно прекратить манипуляцию во избежание ятрогенной травмы. Боли при ректороманоскопии есть симптом, свидетельствующий о возможном сдавлении кишки извне (увеличенная матка, опухоль в малом тазе, резкий изгиб в области ректосигмоидного отдела вследствие воспалительных процессов и др.), сужении ее просвета (дивертикулез?), ригидности стенок кишки и т. п. В таких случаях показаны ирригоскопия с двойным контрастированием, консультация гинеколога и уролога.

Установив, что жалобы больного обусловлены наличием геморроя, хирург должен решить, к какой категории относится данный больной. Таких категорий в основном четыре.

К первой относятся большинство больных геморроем. У них симптомокомплекс хронического геморроя, описанный выше, появляется и полностью развертывается только при запоре (поносе) нарушениях привычной диеты (алкоголь), слишком сильной физической нагрузке, у женщин — при беременности и в родах. Перечисленные факторы обусловливают тактику лечения. Прежде всего необходимо стараться устранить эти факторы или хотя бы уменьшить их влияние. Таких больных не следует сразу направлять на операцию, даже если у них выпадают узлы и их приходится иногда вправлять рукой. Сна-

чала нужно применить весь комплекс мер по борьбе с названными отягощающими факторами, особенно по профилактике запоров. Мы уже останавливались на действенных, с нашей точки зрения, мерах по борьбе с запорами вообще и у больных геморроем в частности.

Как правило, лечение функционального копростаза, специальная щадящая диета с включением пищевых волокон (пшеничные отруби и др.), определенный комплекс лечебной физкультуры, меры профилактики геморроя у беременных, свечи, мази, тщательный и нетравматичный туалет после дефекации — все эти меры способствуют если не излечению, то во всяком случае значительному улучшению состояния больных. Это наиболее актуально для больных старших возрастных групп, страдающих также гипертонической болезнью. Борьба с натуживаниями при дефекации, некоторая демпфирующая роль ректальных кровотечений приносят этим больным не только сиюминутное облегчение; эти меры, проводимые терпеливо и упорно, патогенетически целесообразны.

У больных, второй, небольшой по численности и удельному весу, группы, наблюдаются упорные, приводящие к анемии геморроидальные кровотечения без выпадения внутренних узлов. Тщательно обследовав такого больного и выяснив, что, кроме геморроя, заболеваний, которые могут вызвать ректальные кровотечения, у него нет и что обычная консервативная терапия успеха не приносит, следует прибегнуть к склерозирующим инъекциям. Техника их выполнения подробно описана в главе 6, здесь же мы хотим лишь еще раз подчеркнуть важность отбора больных для инъекций и предупредить хирургов поликлиник от увлечения этим методом. Чтобы не дискредитировать его, следует проводить склеротерапию больным только этой группы. Если же в ущерб другим методам лечения широко пропагандировать и внедрять только склеротерапию при всех формах геморроя, то можно быстро разочароваться в ней. Например, проводя склерозирующее лечение больных с выпадением внутренних геморроидальных узлов, часто встречаются с осложнениями в виде уплотнения этих узлов (типа олеом), болезненных инфильтратов в области дистальных верхушек узлов, т. е. в параректальной зоне, вблизи края заднепроходного отверстия. Вправить такие уплотненные узлы становится почти невозможно, и у больных, у которых прекратились кровотечения, сохраняется выпадение узлов, беспокоящее их намного сильнее. Выше также от-

мечалось, что, кроме того, резкое прекращение кровотечения, к которым больные привыкли и которые стали чуть ли не лечебным мероприятием у страдающих артериальной гипертензией, в ряде случаев может принести не пользу, а вред.

Для инъекций при склерозирующей терапии лучше применять апробированные растворы, рецепты которых приведены в главе 6. Употребление с этой целью этилового спирта возможно только в том случае, если врач прошел курс обучения данной методике в клинике, где эту манипуляцию выполняют часто и без осложнений, иначе возможны неприятные последствия, такие, например, как некроз тканей параректальной области с образованием плохо заживающей раны.

К третьей группе мы относим больных геморроем, которым не помогают ни консервативное комплексное лечение, ни склерозирующая терапия. Постоянное выпадение узлов, изнуряющие кровотечения, почти постоянные боли в области заднего прохода, в выраженных случаях недостаточность анального сфинктера I степени — все эти симптомы определяют показания к радикальной операции. Современные способы геморроидэктомии описаны в специальной главе. Укажем только, что у определенного числа больных, пожилых людей с выраженными сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов и систем, радикальная геморроидэктомия опасна и у них не без успеха можно применить паллиативные операции, среди которых, на наш взгляд, наиболее целесообразна перевязка отдельных выпадающих узлов резиновой шайбой с помощью специального лигатора. Эту операцию выполняют амбулаторно, при наличии у хирурга определенных навыков она почти не дает серьезных осложнений. Эффективность этой операции не так уж мала: удаление выпадающего, невправляемого, постоянно кровоточащего болезненного геморроидального узла приносит больным значительное и длительное облегчение. Через несколько дней (в среднем через 3—4) узел и резиновая шайба самостоятельно отторгаются, после чего остается маленькая некровоточащая рана, санация которой еще в течение нескольких дней приводит к полному заживлению. Таким образом можно (иногда за один сеанс) лигировать два-три выпадающих узла и хотя манипуляция, естественно, не является радикальной, применение ее у пожилых и соматически отягощенных больных, повторяем, вполне оправдано.

Наконец, четвертая группа — это больные острым геморроем. Их число в общей массе больных геморроем подсчитать трудно. Известно, что в большинстве случаев, особенно у молодых больных, беременных женщин, при сильных физических напряжениях и т. п., геморрой вообще начинается с острого приступа. Во всяком случае, хирург поликлиники имеет дело с больными острым (обострением хронического) геморроем довольно часто. Определение острого геморроя по степени тяжести, дифференциальная диагностика его с острым парапроктитом, криптитом и другими заболеваниями заднего прохода, сопровождающимися болевым синдромом — ответственное дело, поскольку от правильной первичной диагностики зависит выбор метода лечения, прогноз и сроки восстановления трудоспособности.

Прежде всего, если у больного данный приступ первый, т. е. раньше никаких признаков геморроя не было и заболевание возникло внезапно, как говорится, на фоне полного здоровья, то лечение проводят, в основном амбулаторно (кроме случаев выраженного некроза узлов с общей патологической реакцией — повышением температуры тела, явлениями интоксикации и т. п.) и можно рассчитывать на полный и стойкий успех. Выше мы привели схему лечения таких больных: покой (постельный режим), обезболивание дефекации свечами, холод на область заднего прохода в первые сутки, затем теплые сидячие ванны, щадящая диета с обязательным исключением острых и кислых блюд, пряностей (спиртного!), на ночь компрессы с бальзамическим линиментом по А. В. Вишневскому (а не с бальзамом Шостаковского). Понятно, что это только схема. Индивидуальное отношение к каждому больному острым геморроем само собой разумеется. Возраст больного, его соматическое состояние, степень выраженности местных воспалительных изменений, лабораторные показатели — все это учитывают при назначении лечения.

В общем лечение острого геморроя (обострения хронического) на дому проводят в среднем в течение 10—12 дней, а затем трудоспособность, хотя и не полностью, восстанавливается при условии, если больной соблюдает все назначения (употребление свечей, мазей, соблюдение диеты, разжижение стула). У лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом и работающих постоянно стоя (парикмахеры) или сидя (машинистки и др.), листок нетрудоспособности рекомендуем продлевать еще на не-

сколько дней, лучше дать возможность таким больным еще 2—3 дня интенсивно проводить домашнее лечение, чем иметь дело с частыми обострениями геморроя. Если же обострения повторяются, «светлые промежутки» с течением времени уменьшаются, а в холодном периоде у больных определяются выраженные внутренние геморроидальные узлы в типичных местах, то нужно рекомендовать радикальную операцию. Выше указывалось, что при современном состоянии развития проктологии и хирургии опытный хирург может проводить радикальную операцию и в острый период (или лучше через 4—6 дней от начала обострения, после осуществления указанных выше противовоспалительных мер), но чаще операцию выполняют через 2—3 мес после ликвидации очередного обострения.

В любом случае хирург поликлиники должен четко представлять себе прогноз у больного острым геморроем и в связи с этим вырабатывать дальнейшую тактику. Если же идти по пути наименьшего сопротивления и 2—3 раза в год лечить больного по поводу обострений геморроя, то такая тактика, по нашему убеждению, менее оправдана как с точки зрения радикализма излечения, так и с социально-экономических позиций.

При первом же обследовании больного острым геморроем необходимо дифференцировать его от острого парапроктита. Лечение этих заболеваний различно: консервативное в первом случае и безотлагательная операция во втором. Наиболее характерными признаками острого геморроя являются быстрое, иногда внезапное начало, боли по всей окружности заднего прохода, выпадение и ущемление внутренних узлов. При наружном осмотре видна «розетка» синюшных, иногда багрово-красных образований, болезненных даже при самом осторожном дотрагивании. Пальцевое исследование прямой кишки, а тем более инструментальное исследование (аноскопия), из-за болей невозможно. При остром парапроктите воспаление развивается постепенно, в течение нескольких дней, в большинстве случаев процесс односторонний, локализуется в одном из клетчаточных пространств таза. При этом отмечаются боли пульсирующего характера, сначала только при сидении и ходьбе, не связанные, как правило, с дефекацией. При наружном осмотре и пальцевом исследовании прямой кишки с одной стороны от заднего прохода обнаруживают болезненный инфильтрат, иногда уже размягченный и флюктуирующий в цент-

ре. Заднепроходный канал только слегка болезнен, спазм сфинктера, как при остром геморрое, в этих случаях не отмечается. Иногда удается определить локальную болезненность стенки заднепроходного канала с «заинтересованной» стороны. При осторожном надавливании на параректальный инфильтрат из просвета прямой кишки часто выделяется гной, так как при остром парапроктите с самого начала в процесс вовлекается морганиева крипта (крипты).

На втором месте по частоте среди проктологических заболеваний, сходных по клиническому течению с острым геморроем, стоит трещина заднего прохода. Она часто сопутствует острому геморрою, имея общие с ним патогенетические механизмы (см. главу 6). В остром периоде жалобы больных с анальной трещиной и острым геморроем почти одинаковы, хотя болевой синдром при острой трещине более выражен, причем появление болей при трещине почти точно совпадает с актом дефекации и боли отмечаются несколько часов после него, а при остром геморрое они постоянны и связь с актом дефекации не так выражена. При обследовании больного с сильными болями в области заднего прохода осторожное раздвигание пальцами ягодиц (а не введение в заднепроходный канал аноскопа!) позволяет обнаружить на задней (копчиковой) или, намного реже, на передней стенке заднепроходного канала продольную треугольную трещину, при которой всегда отмечается резкий спазм сфинктера заднего прохода. При сочетании острого геморроя и анальной трещины больного следует госпитализировать в проктологическое отделение, где проводят специальную операцию с дозированной сфинктеротомией. Мы обращаем внимание хирургов поликлиники на целесообразность именно такого решения. Чтобы не травмировать больного и не создавать ему больших неудобств при транспортировке, следует в течение нескольких дней проводить в домашних условиях противовоспалительное и противоболевое лечение по описанным выше правилам, а потом направить его к проктологам.

Острый геморрой почти всегда сочетается с криптитом (папиллит) — воспалением одной или нескольких морганиевых крипт и соответствующих гипертрофированных анальных сосочков (клапаны дистальных отделов морганиевых крипт), поскольку воспалительный процесс затрагивает стенки заднепроходного канала — внутренние стороны геморроидальных узлов — и тем самым рас-

пространяется на морганиевы столбики. В этих случаях проводят такое же лечение как при обострении геморроя.

Особо следует остановиться на клиническом течении геморроя у пожилых больных, страдающих сердечно-сосудистыми расстройствами. Как известно, у них все воспалительные процессы протекают относительно торпидно, в том числе и при локализации их в области дистальной части прямой кишки, например, при парапроктите, у таких больных наблюдается вяло текущий, часто гнилостный процесс, трудно поддающийся лечению. При обострении хронического геморроя у больных этой группы ущемление узлов происходит редко, чаще наблюдается их изъязвление, сопутствующая слабость сфинктера заднего прохода, подтекание слизи из заднепроходного канала, чему сопутствует анальный зуд с увлажнением и экскориациями на окружающей коже. Лечение этих больных необходимо проводить совместно с терапевтом, так как местная терапия будет малоэффективна без назначения сердечных препаратов. Практически это лишь более интенсивная общая терапия, которую больному проводили раньше по поводу его основного заболевания.

Анальный зуд наблюдается практически всегда при остром геморрое и очень часто при хроническом. Он связан с нарушением функции сфинктера заднего прохода, и лечить его должен не дерматолог, а хирург. Лечение обострения геморроя есть одновременно и терапия вторичного анального зуда: восстановление нормальной функции сфинктера заднего прохода, его полная герметичность будут способствовать излечению зуда. Другое дело — сочетание геморроя и первичного («сунгенного», идиопатического) анального зуда, которое, к счастью, встречается не часто. В этих случаях будет неправильно, излечив обострение геморроя, направлять больных к дерматологу для лечения зуда. Осуществлять лечение анального зуда должен проктолог, который имеет для этого достаточно средств.

Таким образом, при всех формах и стадиях геморроя поликлиническое лечение может явиться не этапом, а самостоятельным вариантом терапии. Более 70% больных геморроем могут и должны пройти полный курс лечения в поликлинике.

Долечивание больных, выписанных из стационара. Дальнейшее лечение в хирургическом кабинете больных, лечившихся в стационаре по поводу острого геморроя и

не опернрованых в прннцнпе такое же как если бы его проводили в полнклнинике с самого иачала. Следует прежде всего учнтывать профессию больного и в связи с этнм решать вопрос о сроках его нетрудоспособиостн. Продлевая больннчый лист до полиого нзлечеиия шоферам, грузчикам, телефоинсткам, парикмахерам н т. п. (в среднем, по иашему опыту, амбулаториое долечнвание этнх больиых длится ие меньше 2 иед), врач в коиечном счете «выигрывает», так как в этом случае можио иадеяться иа более длительиую ремиссню.

При этом, решая вопрос о сроках нетрудоспособиости, ие следует осиовываться иа таком в общем субъективиом призиаке, как боли. Боли после коисервативного лечеиия тяжелых форм острого геморроя длятся намного дольше, чем иаступает восстаиовление трудоспособиостн. Необходимо также учнтывать возможность агравацнн. Самн по себе боли в задием проходе у больиых хроническнм геморроем — почти постояииый призиак, бороться с иими следует с помощью различных мероприятий, которые описаны выше, ио ждать полиого исчезиовеиия болей у больиых, переиесших обостреиие геморроя, иецелесообразио. Наоборот, выполнеиие работы, ие связаиной с тяжелой физической иагрузкой или с длнтельным сидеинем больными, у которых полиостью исчез отек, отмечается иормальиая фуикция сфинктера н остаются только иаружиые геморрондальные узлы, будет способствовать тому, что оии перестанут уходнть в болезиь, удостоверятся в том, что могут работать с обычиой нагрузкой.

В том случае, еслн обострение возникло не впервые н если между обостреииями симптомокомплекс геморроя полностью сохраиеи, т. е. имеются кровотечения, выпадеине внутрениих узлов н т. п., иеобходнмо убедить такнх больных в необходнмости радикальной операцин.

Еще раз подчеркиваем иеобходнмость и важиость борьбы с запором у больиых геморроем. Мы неоднократно убеждались в том, что больные, почти потерявшие веру в полиое выздоровлеиие, стаиовились практнчески здоровымн, если удавалось добиться регуляриости стула. Лечить этнх больных должеи проктолог. Одиако, пока чнсло проктологов невелико, квалифнцированное лечеине больных геморроем в полнклнннике, иаряду с проктологом, может и должеи проводить хнрург, н в этом комплексиом леченнн борьба с запором заннмает важное место.

Другая группа больных, долечнвание которых осуще-

ствляют в поликлиинке, — радикально оперированные по поводу геморроя. Им необходимо диффереицировать иазиачеиия в зависимости от типа выполиеиной в стациоиаре операции. Если произведеиа перевязка геморроидальиых узлов, то следует, в осиовном иаблюдать за восстаиовлеиием фуикции сфииктера задиего прохода и предприиимать меры для предупреждеиия типичных осложиеиий такой операции — сужения либо иаоборот, иедостаточиости сфииктера задиего прохода.

Если хирург поликлииики диагиостирует начииающуюся стриктуру заднего прохода, то следует, продолжая лечение свечами и регулирование стула, провести 10—12 сеаисов бужироваиия сфинктера задиего прохода с помощью расширителей Гегара, иачииая его с использоваиия ииструмеита толщииой с мизииец больиого. Смазав расширитель жиром, его вводят в задний проход, и в течеиие 10—12 мии больиой лежит в кабииете, а затем, обучив этой маиипуляции самого больиого, можио проводить такое лечеиие иа дому, ио в этом случае лучше, чтобы больиой бужировал задний проход пальцем, иадев иа руку резииовую перчатку. Если после окончаиия бужироваиия стриктура сохраияется, то следует направить больиого к проктологу.

При наличии иедостаточиости аиальиого жома I степени (недержание газов) следует ограничить употреблеиие гороха, фасоли, черного хлеба и изиачить специальную лечебиую гимиастику, комплекс упражиеиий, который описаи в соответствующих руководствах [Федоров В. Д., Дульцев Ю. В., 1984]. При этом важио рекомеидовать общеукрепляющее лечение и заиятия физкультурой — прохладиый душ, плаваиие в бассейие, прогулки перед сиом.

Частым осложиением, вериее следствием, перевязки геморроидальиых узлов являются иебольшие ректальиые кровотечеиия во время или после дефекации. Следует прежде всего объясиить больному, что это ие рецидив болезии, а естественное состояние и что кровотечеиия скоро прекратятся.

После проведеиия радикальной геморроидэктомии по Миллигану—Моргаиу в первой модификации НИИ проктологии опасность возиикиовеиия стриктуры или иедостаточиости сфииктера задиего прохода мииимальиая, и практически хирург поликлииики с такими больиыми ие сталкивается. После операции видиы три нешироките линейные радиальио расположеииые граиулирующие раны,

которые обычно ко времени выписки больного из стационара полностью очищаются, становятся розовыми и сочными. Лечение таких ран проводят по общим правилам («Раны и раневая инфекция»/Под ред. М. И. Кузина и Б. М. Костюченка. — М.: Медицина, 1981). Никаких промываний специальными антисептическими растворами или примочек после дефекации не нужно; простой водный туалет (лучше в тазу со слабым раствором перманганата калия), промакивание (не протирание) области заднего прохода марлевой многослойной салфеткой — и это все, что необходимо. Через 5—9 дней такого лечения раны становятся почти неразличимыми, после их заживления образуются мягкие, узкие рубцы, не мешающие смыканию стенок заднепроходного канала.

Еще меньше хлопот хирургу поликлиники доставляют больные, которым произведена геморроидэктомия по Мидлигану—Моргану во второй модификации, иссекают три основных внутренних геморроидальных узла и наглухо ушивают раны стенок заднепроходного канала. При гладком послеоперационном течении таких больных выписывают из стационара на 5—6-й день после операции; во время первого осмотра их в поликлинике при пальцевом исследовании прямой кишки обычно определяют три линейных слегка болезненных рубца на стенках заднего прохода. У этих больных снаружи, вблизи края заднего прохода могут наблюдаться небольшие ушитые раны на месте бывших наружных геморроидальных узлов, которые при использовании этой методики иссекают отдельно. Санацию этих ран проводят по общим правилам, а в задний проход рекомендуют вводить свечи в течение нескольких дней для обезболивания дефекации (лучше за 10—15 мин до нее). После дефекации также необходимы водный туалет и промакивание области заднего прохода марлевой салфеткой. В течение примерно полугода после радикальной операции, произведенной по поводу геморроя, пока стенки заднепроходного канала «привыкают» к новым условиям (нет трех «инородных тел»— больших внутренних узлов), следует перевести больных на легкую работу через врачебно-контрольную комиссию. Операция показана не более чем 30% всех больных, а остальные могут и должны успешно лечиться в поликлинике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Аминев А. М. Руководство по проктологии. — Куйбышев: Кн. изд-во, 1971, т. 2.

Аминев А. М. Геморрой и его лечение. — Сов. мед., 1977, № 2, с. 129—133.

Аскерханов Р. П. О некоторых аспектах хирургического лечения геморроя. — Вести. хир., 1977, № 6, с. 86—89.

Бабкин В. Я., Салмина Е. И. Хирургическое лечение больных осложненным геморроем. — В кн.: Хирургия ободочвой кишки. Уфа, 1976, с. 91—92.

Борисов М. Ф. Новый способ иссечения геморроидальных узлов. — Вестн. хир., 1981, № 1, с. 52—56.

Вальдман В. А. Заболевания венозной сосудистой системы. — Л.: Медицина, 1967.

Геллер А. Н. Амбулаторное лечение геморроя. — Сов. мед., 1971, № 5, с. 150—152.

Даценко Б. М., Брацлавский И. Ф. Первый опыт криохирургии хронического геморроя в амбулаторных условиях. — В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 98.

Дацун И. Г. О путях венозного оттока из прямой кишки человека.— Арх. пат., 1969, № 12, с. 90—96.

Заремба А. А. Клиническая проктология. — Рига: Звайгзне, 1978.

Иванов В. В. Неотложные операции при осложненном геморрое. — Хирургия, 1978, № 12, с. 40—43.

Калинина Т. В., Рычков В. Л. О методике бескровной перетяжки геморроидальных узлов. — Экспер. хир., 1976, № 2, с. 23—25.

Канделис Б. Л. Неотложная проктология. — Л.: Медицина, 1981.

Капуллер Л. Л. Возрастные изменения кавернозной ткани стенки прямой кишки. — Арх. пат., 1971, № 7, с. 45—50.

Кечеруков А. И., Зиганьшин Р. В. Сравнительная оценка результатов хирургического и консервативного лечения острого тромбоза геморроидальных узлов. — Клин. хир., 1981, № 2, с. 45—46.

Клеветенко Г. И., Сушко В. С. Сравнительная оценка консервативного, инъекционного и оперативного методов лечения геморроя. — Клин. хир., 1976, № 6, с. 56—58.

Ленюшкин А. И. Проктология детского возраста. — М.: Медицина, 1976.

Лужнов К. В., Лужнов Н. П. Этиология и патогенез острого геморроя. — Хирургия, 1977, № 5, с. 61—64.

Мельман Е. П., Дацун И. Г. Флебоархитектоника геморроя. — Вести. хир., 1977, № 12, с. 44—49.

Мирза-Авакян Р. Л., Авакян А. В., Петросян Ю. А. Отдаленные результаты оперативного лечения геморроя, осложненного острым тромбофлебитом. — В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 92—92.

Мышкин К. И., Темников А. И., Решетов Г. Н. Хирургическое лечение геморроя. — Хирургия, 1978, № 3, с. 96—98.

Напалков П. Н. Хирургическое лечение острого геморроидального тромбоза. — Клин. хир., 1978, № 4, с. 50—55.
Подоляк Г. А. Геморрой. — Вестн. хир., 1978, № 5, с. 125—127.
Покровский Г. А., Милитарев Ю. М. Организация проктологической помощи в головном НИИ проктологии Минздрава РСФСР. — Сов. мед., 1982, № 11, Приложение, с. 28—32.
Резник Б. Н., Дульцев Ю. В., Никитин А. М. Лечение геморроя у больных с повышенной степенью операционного риска. — Хирургия, 1976, № 8, с. 132—136.
Резник Б. Н., Дульцев Ю. В., Никитин А. М. и др. Лечение внутреннего геморроя неоперативным лигатурным методом в сочетании с проктоглнвенолом. — Вестн. хир., 1976, № 9, с. 46—49.
Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. — М.: Медицина, 1976.
Ривкин В. Л., Резник Б. Н. Амбулаторные проктологические операции. — Вестн. хир., 1973, № 3, с. 108—111.
Родник С. А., Кечеруков А. И. Лечение геморроя варикоцидом. — Хирургия, 1979, № 12, с. 46—47.
Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. — М.: Медицина, 1956.
Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. 2-е изд.— М.: Медицина, 1968.
Скобелкин О. К., Брехов Е. И., Башилов В. П. и др. Применение лазерного скальпеля при удалении геморроидальных узлов. — Вестн. хир., 1980, № 1, с. 63—65.
Тимохин Ю. В. Некоторые итоги лечения геморроя новокаиново-спиртовыми блокадами. — В кн.: Вопросы хирургической гастроэнтерологии. Куйбышев, 1979, с. 92—94.
Федоров В. Д., Милитарев Ю. М., Протасевич Н. Н. Сравнительная оценка геморроидэктомии в свете отдаленных результатов. — Хирургия, 1977, № 1, с. 127—132.
Цыбырне К. А., Стовбун Ф. И., Ягина В. С., Цуркан Н. А. Роль анаэробных стрептококков в этиологии острых аноректальных тромбофлебитов. — Хирургия, 1976, № 6, с. 115—117.
Шенбергер И. Л., Гайнутдинов Ф. М. О применении и эффективности новокаиново-спиртовых инъекций при геморрое. — В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 97—98.
Шидловский И. Н. Инъекционно-склерозирующая терапия геморроя. — Клин. хир., 1980, № 4, с. 77—79.

Burkitt D. Diet and its relation to hemorroids. — Colo-Proctology, 1980, vol. 2, N 5, p. 315—316.
Contou J. Complications des hemorroides. — Rev. med., 1981, vol. 22, N 20, p. 1199—1205.
Cabriel W. The principles and practice of rectal surgery. — London, 1949.
Girona J. Submucosal haemorrhoidectomy. — Colo-Proctology, 1981, vol. 3, N 2, p. 125—127.
Grossland S., Geelhoed G., Guy D. Evaluation of benefits of different pre- and postoperative management of haemorrhoidectomy patients. — Amer. J. Proctol., 1981, vol. 32, N 5, p. 8—13.
Hancke E. Portale Hypertension und Hemorroiden. — Phlebol. und Proctol., 1981, Bd 1, S. 47—50.
Huguier M., Belghiti J., Valette M. Varicaes rectales hémorragiques chez un cirrhotique. — Gasctroent. clin. biol., 1980, vol. 4, N 3, p. 211—214.
Jeffrey P., Ritchie Sh., Miller W., Hawley P. The treatment of haemor-

rhoids by rubber band ligation. — Postgrad. Med., 1980, vol. 56, N 662, p. 847—849.
Kiene S., Brandt G. Die Knottennaht, eine einfache Methode zur Behandlung von hämorroiden. — Zbl. Chir., 1980, Bd 105, N 24, S. 1631—1634.
Kirsch J. Which sclerosing treatment for haemorrhoids? — Colo-Proctology, 1981, vol. 3, N 3, p. 184—188.
Leiseter R., Nichols R. A prospective trial of infrared coagulation in the treatment of hemorroides. — London: St. Mark's Hospital, 1981.
Lurz K. Modified rubber band ligation of haemorrhoids. — Proctology, 1980, vol. 1, p. 59—61.
Mahlberg F. Hämorroidenentwicklung bei Piloten durch G-Belastungen. — Phlebol. und Proctol., 1980, vol. 9, N 1, S. 36—40.
Muldoon J. The completely closed Hemorrhoidectomy. — Dis. Colon. Rect., 1981, vol. 24, N 3, p. 211—215.
Muller C. Internal haemorrhoidectomy by rubber band ligation. —Colo-Proctology, 1980, vol. 2, N 5, p. 317—319.
Nivatvongs S. Alternative positioning of patients for hemorrhoidectomy. — Dis. Colon Rect., 1980, vol. 23, N 5, p. 308—309.
O'Connor J. Suction ligation of hemorrhoids (outpatient Hemorrhoidectomy). — Abdom. Surg., 1981, vol. 23, N 5—6, p. 48—50.
O'Hara V. Fatal clostridial infection following hemorroidal handing.— Dis. Colon Rect., 1980, vol. 23, N 8, p. 570—571.
Rotzscher V., Moshinski H., Fuchs N., Zammit A. Results of treatment of hemorroidal aliments using the operation to Milligan and Morgan. — Proctology, 1980, vol. 2, p. 114—121.
Rudd W. Haemorrhoids: trends in treatment. — Proctology, 1980, vol. 2, p. 111—113.
Stelzner F. Hamorrhoiden und Mastdarmforfall. — Phlebol. und Proktol., 1979, Bd 8, N 2, S. 91—93.
Thomson H. The pathology of piles. — Colo-Proctology, 1981, vol. 3, N 1, p. 30—32.

ОГЛАВЛЕНИЕ

50 к.